

DES TUMEURS PRIMITIVES
DE
L'APPENDICE VERMICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 14 janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Evariste LAFFORGUE,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Espagn (Gers), le 15 octobre 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

—
Janvier 1893

DES TUMEURS PRIMITIVES
DE
L'APPENDICE VERMICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 14 janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Évariste LAFFORGUE,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Espoon (Gers), le 15 octobre 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. PERRET, agrégé
Accouchements	POLLOSSON, id.
Botanique.	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. LINOSSIER.	MM. ROLLET (Ét.).
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	PERRET.	ROQUE.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	POLLOSSON.	ROUX.
COURMONT.	JABOULAY.	ROCHET.	VIALLETON.
DEROIDE.	LANNOIS.	RODET.	WEILL.
	BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. VICTOR BOUGUES

Reconnaissant souvenir de l'amitié qu'il m'a toujours témoignée.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MON EXCELLENT MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR TESTUT

A M. LE PROFESSEUR FABRE

DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A M. ADRIEN HÉBRARD

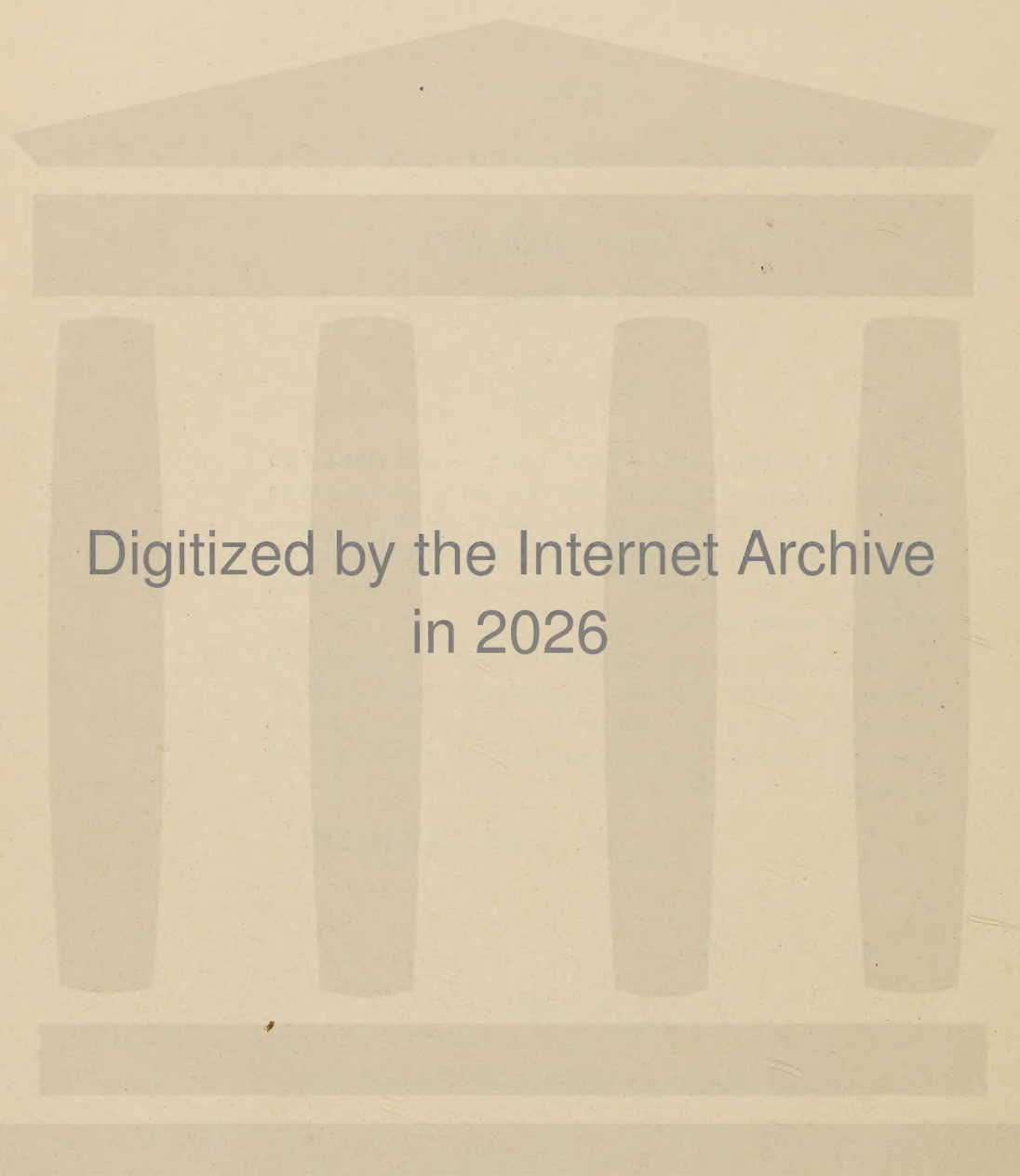
Directeur du *Temps*.

Il y a longtemps déjà — j'étais enfant — vous avez daigné prendre à moi, à mon avenir, un intérêt que rien ne m'eût permis de prévoir et dont instinctivement alors je sentis, j'estimais l'honneur et le prix. J'ai, depuis lors, souvent, toujours trouvé auprès de vous cette bienveillance si pleine d'affabilité qui m'avait, dès le premier instant, fait trouver en vous un ami.

Ces souvenirs d'enfant, les plus vifs et le plus empreints de sincérité, — peut-être les seuls, — sont aussi les derniers à désertir notre cœur. C'est en leur nom que le jeune homme, aujourd'hui, vous offre l'hommage de la reconnaissance que l'enfant alors vous a vouée.

EV. LAFFORGUE.

Lyon, janvier 1893.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552603_0005

INTRODUCTION

L'attention des chirurgiens a été depuis assez longtemps attirée du côté des phénomènes pathologiques siégeant au niveau de l'appendice vermiculaire. Mais ce sont surtout les inflammations aiguës que l'on étudie. Les affections chroniques, kystes et tumeurs, ont presque passé inaperçues : les quelques cas qu'il en existe sont isolés à l'état de publications éparses dans les recueils périodiques, ou se trouvent mêlées aux observations d'appendicites perforantes, comme c'est le cas pour une observation de Bodart (thèse de Paris, 1844) et de Croizet (1865). Ces deux thèses ont pour titre : *Les perforations de l'appendice iléo-cæcal*, et les auteurs ne considèrent que la phase ultime de l'évolution de la tumeur : son ulcération et l'appendicite consécutive. Seul, Virchow (*Traité des tumeurs*, 1863) fait l'histoire anatomique du kyste appendiculaire. En 1866, Rokitansky publie trois cas de cancer colloïde. Bierhoff (1880), faisant l'étude des appendicites, cite à ce propos quelques cas de kystes et une tumeur cancéreuse, sans les faire suivre d'aucun commentaire. Tous les autres faits se réduisent à des observations publiées dans les con-

ditions que nous venons de signaler. Les ayant toutes réunies en ce travail, il nous a semblé inutile d'en faire l'énumération en un historique, qui eût été dès lors dépourvu d'intérêt.

M. le professeur Poncet, ayant rencontré trois cas intéressants de tumeurs appendiculaires, nous a conseillé de réunir les faits de ce genre pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale. L'idée première de notre travail lui revient donc.

Des données anatomiques étaient nécessaires pour comprendre la pathogénie et les symptômes de plusieurs de ces productions pathologiques. Nous nous sommes livré à des recherches nécropsiques. Parmi les deux cent-vingt appendices que nous avons examinés, nous avons été assez heureux pour trouver trois cas de tumeurs ou kystes et quatre concrétions à évolution chronique.

Avant d'entreprendre cette modeste étude, que M. le professeur Poncet nous permette de dire ici combien nous lui devons de gratitude pour le bienveillant accueil qu'il nous a fait. Il a été pour nous plus qu'un guide, un maître, et des meilleurs, dans nos études cliniques. Élevé à son école, nous lui devons le goût des choses chirurgicales et l'amour de notre art. De tout cela, nous le remercions, et de grand cœur.

Que M. le professeur Testut reçoive nos remerciements, pour la bonne grâce avec laquelle il nous a permis de disposer des merveilleuses ressources de son laboratoire d'anatomie, et l'amabilité qu'il a mise à nous guider dans nos recherches anatomiques. Nous

ne saurions lui témoigner assez de reconnaissance pour l'intérêt avec lequel il nous a suivi, dans ces derniers temps surtout.

Il est encore un nom que, dans un retour au passé, nous voudrions aussi rappeler. Nous devons à M. le professeur Fabre, de la Faculté des sciences de Toulouse, beaucoup de reconnaissance, pour l'amitié dont, tout au début de nos études médicales, ce savant maître nous a honoré.

Enfin, je dois à mon excellent camarade, le D^r A. Mariau, tous mes remerciements pour le concours amical et désintéressé qu'il m'a prêté au cours de mes recherches nécropsiques.

Division du sujet.

I. — Anatomie et physiologie.

II. — Étiologie générale.

III. — Tumeurs bénignes (tumeurs stercorales, kystes muqueux, séreux, hydatiques, lipomes, fibromes).

IV. — Tumeurs malignes (lymphadénomes, carcinomes, épithéliomas).

V. — Diagnostic et traitement.

VI. — Conclusions.

DES
TUMEURS PRIMITIVES
DE
L'APPENDICE VERMICULAIRE

I

Anatomie et physiologie.

L'appendice vermiculaire naît sur la face interne ou postéro-interne du cæcum, à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de cette face, à une distance de l'angle iléo-cæcal inférieur, qui varie de 1 à 4 centimètres, le plus souvent 2 ou 3 (60 %). Dans quelques cas exceptionnels, il se trouve situé au point le plus déclive du cæcum, parfois sur la paroi antérieure. Ainsi implanté sur les parois cæcales, il se présente sous l'aspect d'un tube cylindrique plus ou moins régulier, flexueux, bosselé, parfois fusiforme.

Les tractions opérées sur lui par les plis de son méésentère sont la cause de ses sinuosités et de son inflexion. Dans les cas où le méso est lâche, l'appendice est absolument rectiligne.

Il peut affecter d'ailleurs des formes bizarres : en spirale, en 8 de chiffre. Ces différentes dispositions favorisent l'étranglement interne, les anses intestinales pouvant s'introduire dans les orifices qu'il détermine.

Ses dimensions sont variables. Sa longueur moyenne est de 9 à 12 centimètres. Dimensions extrêmes en ce sens : 2 et 3 centimètres, parfois 20 et 24 centimètres. Son diamètre est celui d'une plume d'oie, soit de 4 à 6 millimètres en moyenne; parfois cependant il peut être de 1 centimètre, 1 cent. 5 mill.

Je dois enfin signaler l'absence possible de l'appendice vermiculaire, Merling, Meckel en citent deux exemples. J'en ai pu voir moi-même un cas.

La direction générale de l'appendice est descendante ou latérale gauche (61 %). Il est rarement ascendant ou dirigé en dehors et en arrière. Sa situation dans l'abdomen peut être ramenée à trois types principaux : 1° *S. iliaque externe*, l'appendice occupe la fosse iliaque droite en dehors du bord externe du psoas et repose sur le fascia iliaca (49 %); 2° *S. iliaque médiane*, l'appendice situé plus en dedans repose sur le psoas, et peut être en contact avec la colonne vertébrale (20 %); 3° *S. pelvienne*, l'appendice émerge au niveau du détroit supérieur et plonge dans le bassin. Il existe des transitions entre ces trois types.

Presque toujours recouvert par des anses grêles, qui se trouvent au devant de lui, il est en rapport avec le psoas et le fascia iliaca quand il occupe la fosse iliaque, souvent avec le cæcum et quelquefois avec le côlon ascendant, le rein et le foie. Dans le petit

bassin, il peut être en contact avec l'ovaire ou la trompe, dans quelques cas avec l'utérus, le rectum ou la vessie.

L'appendice vermiculaire est pourvu d'une enveloppe séreuse complète, qui lui adhère très intimement. Elle forme un repli particulier, le méso-appendice. Ce méso vient en haut de la couche gauche ou inférieure du méso-iléon terminal. Il y prend naissance à angle presque droit et s'étend à toute l'étendue de l'organe, sauf dans quelques cas, où il s'arrête à 1 et 2 centimètres de sa pointe (7 %). Sa forme générale est triangulaire ou plutôt falciforme, parfois en croissant. Le bord interne est libre et enveloppe une artère. Il présente des plis et parfois des franges épiploïques adipeuses. Dans quelques cas cependant il est mince et transparent. Deux replis particuliers y prennent naissance. Ils sont loin d'être constants. L'un, repli pelvien, l'unit à l'arcade crurale (5 %). L'autre, ligament appendiculo-ovarien (Clado) établit des relations lymphatiques entre l'appendice et l'ovaire (20 %). Il passe transversalement sur les vaisseaux iliaques et va rejoindre le ligament large.

L'artère vermiculaire se détache de l'iléo-colique au-dessus de l'angle iléo-cæcal, s'engage sous le méso-appendice et chemine le long de son bord libre jusqu'à la pointe de l'organe. Le nombre des branches qu'elle abandonne à l'appendice est variable : de deux à six, le plus souvent elles sont au nombre de quatre ou trois. Elles ont un trajet parallèle, leur ensemble ayant un aspect scalariforme. Elles se bifurquent en Y à leurs extrémités et se terminent en un bouquet

artériel. A noter une artériole anastomotique qui va au cæcum et à l'iléon.

Une veine accompagne chaque artériole ; l'ensemble de ces veinules se rend à la veine appendiculaire, qui suit un trajet analogue à celui de l'artère. Il existe à la racine de l'appendice, entre les fins ramuscules veineux qui s'y trouvent et ceux des parois postéro-inférieures du cæcum et de l'iléon, des anastomoses veineuses considérables.

Les lymphatiques, très nombreux dans le méso, suivent une direction parallèle à celle des vaisseaux. Ils se rendent à des ganglions en nombre variable (de un à quatre) disséminés dans le mésentère, assez rapprochés de la paroi appendiculaire. L'un d'eux est situé au niveau de la base de l'angle qui sépare l'appendice et le cæcum de l'iléon (Clado).

L'appendice est un tube, avons-nous dit, cylindrique. Il possède un canal qui d'ailleurs peut être, rarement, il est vrai, oblitéré. Son calibre est environ de 1 à 3 millimètres. Son orifice cæcal peut être plissé comme l'orifice interne du collet d'un sac herniaire. Le plus souvent infundibuliforme, il peut encore être exactement circulaire.

La valvule de Gerlach, que les auteurs décrivent à son niveau, n'existe que dans les cas où se trouve un calcul appendiculaire à ce niveau (deux fois sur 200 autopsies). Sous l'influence de la pression exercée par le calcul sur les parois de l'appendice, les couches musculaires réagissent et appliquent d'une façon plus intime la muqueuse sur le calcul. Aux points où la résistance offerte par ce dernier fait défaut, la mu-

queuse s'effondre et forme un repli. Les autres valvules signalées dans le canal lui-même ont la même origine.

Les parois appendiculaires sont très épaisses. Elles sont formées par quatre couches. 1° La couche séreuse a la structure du péritoine viscéral. 2° La couche musculuse comprend des fibres longitudinales, les plus externes, disposées en couche continue, parfois ondulées et sinueuses et entremêlées, et des fibres circulaires entourant toute la circonférence appendiculaire. 3° La tunique fibreuse comprend des faisceaux conjonctifs avec des fibres élastiques, au sein desquels se trouvent disséminées des cellules fixes du tissu connectif, des cellules lymphoïdes et quelques cellules adipeuses. 4° La muqueuse est reliée à la couche musculaire par des vestiges d'une *muscularis mucosæ*. Elle présente deux sortes de glandes. Les glandes muqueuses, très serrées, sont des glandes tubuleuses simples, formées par des cellules à mucus. Dans le chorion muqueux se trouve du tissu adénoïde qui se condense par places en follicules clos et détermine ainsi la deuxième catégorie de glandes, glandes vésiculeuses. Elles ont la structure histologique des follicules clos du reste de l'intestin.

La présence de l'appendice n'est pas nécessaire à l'accomplissement des fonctions intestinales, puisqu'on peut le réséquer sans qu'il survienne aucun trouble dans ces fonctions. Le mucus alcalin qu'il sécrète est sans action sur les matières intestinales, qui arrivent d'ailleurs dans le cæcum à l'état de résidu alimentaire, ne renfermant presque point d'éléments

absorbables. Il n'a d'autre rôle, à notre avis, que de lubrifier les parois cæcales et de favoriser ainsi le glissement des matières fécales et leur évacuation dans le côlon ascendant.

L'appendice absorbe-t-il? Clado le nie, se basant sur ce fait qu'il n'a jamais trouvé de matières intestinales dans son intérieur. Pour ma part, j'ai trouvé le plus souvent des fèces dans sa cavité (88 %), soit mêlées à du mucus (48 %), soit seules (40 %). Ces matières étaient en quantité et de consistance variable; elles étaient parfois très fluides, tandis que dans d'autres cas elles avaient presque la dureté de concrétions stercorales. Chez le fœtus, l'appendice est toujours rempli de méconium. Comment d'ailleurs refuser aux vaisseaux sanguins et lymphatiques de cet organe, qui ont une disposition analogue à celle qu'ils offrent dans l'intestin grêle, le pouvoir absorbant qui, d'un commun accord, est dévolu à ces derniers? Que cette absorption soit faible, cela est certain, étant donnée la faible étendue de la surface absorbante, mais on ne saurait la négliger. Elle sert d'ailleurs à expliquer la production des tumeurs stercorales.

II

Étiologie générale.

Connaissant la disposition anatomique, la structure et les fonctions de l'appendice, il nous sera plus aisé maintenant d'étudier les tumeurs dont il peut être le siège. Dans cette étude, nous ferons rentrer, outre les néoplasmes vrais, les tumeurs stercorales et concrétions qui ont sur cet organe un retentissement lent et chronique. Nous y joindrons la description des kystes appendiculaires. L'étude étiologique de ces productions pathologiques est liée au reste de leur histoire; nous ne l'en séparerons pas. Nous n'avons ici en vue que l'étiologie des néoplasmes vrais.

Ces néoplasmes sont primitifs ou secondaires. Ils ont été longtemps considérés comme résultant de la propagation d'une tumeur d'un organe voisin. Aussi l'histoire des tumeurs primitives se résume dans l'énumération des observations — peu nombreuses d'ailleurs. Parmi les 11 faits que j'ai pu réunir, il y a 9 cas de carcinome ou d'épithélioma, 1 lipome, 1 myome. On peut y joindre deux observations de

lymphadénome et deux autres de kystes hydatiques, ainsi que deux tumeurs malignes dont la nature n'est pas indiquée, soit un total de 17 tumeurs.

Les tumeurs secondaires sont aussi rares. Sur 99 observations de néoplasie du cæcum, de la portion terminale de l'iléon et de la valvule iléo-cæcale, j'ai trouvé seulement 8 fois signalé l'envahissement de l'appendice par le processus dégénératif. Dans 6 cas, il s'agissait de cancer du cæcum ; 2 fois c'était une tumeur de la portion terminale de l'intestin qui s'était progressivement étendue à la valvule iléo-cæcale et à l'appendice. Ces tumeurs secondaires sont le plus souvent des carcinomes et des épithéliomas.

Il est intéressant, au point de vue anatomo-pathologique, de savoir comment la propagation s'opère. Un fait domine : leur excessive rareté. C'est ainsi que, au milieu d'une tumeur énorme de la terminaison de l'intestin grêle, de la valvule iléo-cæcale et de la face postérieure du cæcum (2 centimètres), l'appendice restait sain. Dans un autre cas, le cancer avait transformé le cæcum tout entier et une portion du côlon ascendant en une vaste production néoplasique ; au sein de cette masse, nous avons pu voir l'appendice sain, souple, perméable et seulement un peu pâle et anémié. Dans ces deux faits, qui nous ont particulièrement frappé, la tumeur était de nature épithéliomateuse et l'appendice n'avait d'altération macroscopique ni microscopique.

Trois modes de propagation sont possibles pour les tumeurs : la voie lymphatique, la voie sanguine et le bourgeonnement progressif des cellules néopla-

siques. Suivant la disposition anatomique de l'organe, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces procédés qui prédomine. Parfois, ils existent tous trois. Pour les tumeurs appendiculaires, nous pouvons, en grande partie du moins, faire abstraction du premier. La circulation lymphatique de l'appendice, grâce à la présence des ganglions appendiculaires, est en quelque sorte indépendante. Les réseaux lymphatiques ne contractent point d'anastomose avec ceux des organes voisins. Il en est de même pour la circulation sanguine. Le mécanisme qui nous semble devoir être invoqué ici, c'est la propagation néoplasique par bourgeonnement direct des cellules de la tumeur, qui prolifèrent et envahissent graduellement les parois de l'organe. Plusieurs faits dominant ce processus et en fournissent la preuve : 1° la continuité constante de la tumeur appendiculaire avec la tumeur cæcale ; 2° la possibilité pour cette tumeur de n'envahir qu'une portion de l'appendice ; 3° dans ce cas, c'est toujours la portion adhérente qui est atteinte, l'extrémité libre restant saine ; 4° la nécessité d'une tumeur volumineuse du cæcum pour y trouver l'appendice englobé.

Suivant les cas, l'appendice a un aspect variable. Il peut être simplement épaissi, induré et comme solidifié par l'infiltration néoplasique, et alors avoir conservé ou perdu la perméabilité de son canal (deux cas). Ou bien il peut avoir disparu, tout en restant cependant reconnaissable dans la masse de la tumeur. Celle-ci comprend alors « tout le cæcum et l'appendice, la valvule et une portion très faible de la terminaison de l'intestin grêle, le tout formant une tumeur

du volume du poing. » (Obs. de Journet, Paris, 1883.) Dans d'autres cas, il peut être englobé par elle à tel point, qu'il est impossible à la dissection même la plus attentive d'en trouver la trace. (Obs. de Lyot, *Progr. méd.*, 1886.)

Le processus néoplasique siégeant dans l'appendice peut en outre produire des complications graves. C'est ainsi que dans un cas (Journet) l'appendice vermiciforme était distendu, communiquant avec l'iléon par une petite ulcération néoplasique ; et son ouverture normale dans le cæcum persistait. Il y avait ainsi un petit conduit sinueux, par lequel les matières avaient passé, allant directement de l'intestin grêle dans le cæcum. Mais que des adhérences préexistantes unissant l'appendice à un organe voisin fassent défaut et la perforation se fera dans la cavité péritonéale. Une péritonite pourra se développer, rapidement mortelle. Un exemple nous en est fourni par Hadden (*Path. Trans. of London*, 1886-87). L'appendice vermiculaire était infiltré par la néoplasie ; à son union avec le cæcum se trouvait une légère perforation, par où avaient passé des matières diverses. Leur épanchement dans la séreuse péritonéale avait déterminé une péritonite, cause prochaine de la mort.

La production des tumeurs primitives de l'appendice peut être rattachée aux divers facteurs étiologiques que l'on fait intervenir dans l'étude de l'étiologie des tumeurs des autres organes. Age, fatigues, aliénation mentale, hérédité, etc., etc. Je me contenterai de faire remarquer que le cancer du tube digestif, siégeant de préférence au niveau des points rétrécis, il semble que l'appendice devrait être souvent atteint.

Dans la production des tumeurs des différentes muqueuses, on a fait jouer un certain rôle aux irritations mécaniques qu'elles peuvent subir. Plus que toute autre, la muqueuse appendiculaire est soumise à des irritations. Il existe, toujours dans le cæcum, et par suite au niveau de l'orifice appendiculaire, souvent dans le canal lui-même, des matières fécales plus ou moins durcies, mais toujours fortement condensées. Le séjour de ces matières et l'irritation qu'elles provoquent semblent n'être que des conditions banales. Cependant, dans une de nos observations, leur influence est manifeste. La production du lipome, qui en fait l'objet, peut être directement rattachée, comme à une cause déterminante à l'existence d'une tumeur stercorale qui occupait le centre de la masse lipomateuse.

On a voulu aussi faire jouer un rôle aux maladies inflammatoires. Les ulcérations laissées par elles détermineraient par leur action irritante la formation d'un néoplasme. Telle était l'opinion d'Andral au sujet du squirrhe de l'intestin : ce n'était pour lui qu'une induration du tissu cellulaire, résultat d'une irritation chronique. Il ne faut voir dans cette influence qu'une action localisante, déterminant un *locus minoris resistentiæ* éminemment propre à l'évolution du processus néoplasique. Ainsi comprise, cette action semble indiscutable. Il en serait de même du traumatisme interne, dû à la présence de corps étrangers, assez fréquents dans l'appendice, pépins de raisins, graines de fruits, etc. Toutes ces données restent d'ailleurs assez vagues, comme tout ce qui concerne l'étiologie des tumeurs en général.

III

Tumeurs bénignes.

A. — TUMEURS STERCORALES ET CONCRÉTIONS APPENDICULAIRES.

Ces tumeurs qui, par leur présence bien tolérée de l'appendice, n'ont déterminé sur les parois de cet organe aucune inflammation aiguë, mais s'y sont, pour ainsi dire, enkystées, pour y devenir le point de départ d'un processus lent et chronique, sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Sur nos huit observations, nous trouvons six hommes et seulement deux femmes. L'âge était variable : de 7 ans à 55. Cependant, surtout en ce qui concerne les tumeurs que seule l'autopsie a révélées, nous devons signaler chez les sujets qui en étaient porteurs un âge plutôt avancé. Ce fait s'explique par l'absence chez eux d'une réaction aiguë, qui, fréquente chez les jeunes gens, détermine alors une intervention active et l'expulsion du calcul, ou parfois provoque une terminaison fatale.

L'introduction des matières fécales dans l'appendice est favorisée par des conditions anatomiques et

pathologiques. Le cæcum, en effet, est merveilleusement disposé pour la stagnation de ces matières, et aussi pour le séjour des corps étrangers. Sa forme leur permet de rester longtemps au fond du cul-de-sac qu'il constitue, et parmi les sinuosités qui le tapissent. La coudure angulaire de l'iléon, que le gros intestin rejoint en ce point, en opérant une division des forces qui s'exercent à leur expulsion, agit de la même façon. Ajoutons que le mouvement de progression du contenu intestinal pour aller du cæcum vers le côlon est encore retardé par l'action de la pesanteur. Qu'à ces causes se joigne une constipation habituelle, liée ou non à une parésie spéciale des muscles du cæcum, et la rétention des fèces dans son cul-de-sac deviendra encore plus facile. Toutes les causes capables de produire des phénomènes de ce genre, abus d'alcool ou d'opium, existence d'une entérite antérieure ou d'un rétrécissement, favorisent cette stagnation. Les mêmes causes y déterminent le séjour des corps étrangers.

Sous l'influence de cette stagnation, et surtout si l'ouverture appendiculaire est un peu considérable, les fèces exercent une pression suffisante pour dilater cet orifice, le forcer, et pénétrer dans la cavité de l'appendice lui-même. C'est ce qui explique pourquoi, fait que j'ai souvent constaté, cet organe renferme des matières de consistance plus dense que celles du reste du contenu intestinal.

Une fois ces matières dans le canal appendiculaire, les contractions des muscles de l'organe, sollicitées par leur séjour, entraînent leur cheminement du côté

du cæcum, si le calibre du canal est plus considérable de ce côté, ou bien, dans le cas contraire, du côté de la pointe. Viennent à se produire des replis valvulaires de la muqueuse autour de lui, et le calcul s'enkyste. Ainsi s'explique le séjour de ces formations. Plus loin elles auront pénétré et plus elles auront de chances de n'en plus être expulsées. Aussi une longueur considérable de l'appendice est-elle une prédisposition à la stagnation stercorale en sa cavité et à la formation des concrétions. Quant au rôle qu'on a voulu faire jouer à la valvule de Gerlach pour expliquer ces faits, son inconstance, sa rareté, son absence dans la plupart des cas de calculs appendiculaires nous obligent à n'en pas tenir grand compte. Nous nous sommes d'ailleurs expliqué autre part sur sa signification et son rôle pathologiques.

Les matières fécales ainsi introduites peuvent être au début molles, liquides même. Sous l'influence de la résorption qui se fait au niveau de la muqueuse, et aussi grâce à l'action des muscles qui appliquent la paroi appendiculaire sur ces substances, les compriment et leur font subir une véritable expression, la partie liquide est résorbée ou chassée dans la cavité cæcale. Si le volume ainsi réduit du calcul stercoral le rend facilement expulsable, il est lui-même dirigé vers le cæcum. Si, pour les motifs que nous venons d'exposer, son séjour dans l'appendice est obligé, de nouvelles substances pénètrent, viennent s'ajouter aux premières et ainsi se forme un calcul stercoral stratifié, tel qu'on le rencontre le plus souvent.

Depuis longtemps on a reconnu aux muqueuses le pouvoir de sécréter des substances alcalines. Les muqueuse appendiculaire jouit de cette propriété. Son activité même s'exagère sous l'influence d'une irritation légère; d'où la présence constante d'un noyau irritant, corps étranger ou boulette fécale, au sein même de toute concrétion. Ces corps sont le plus souvent des noyaux de fruits, ou des semences, des pépins de raisins, etc. Si le corps étranger séjourne peu longtemps, le noyau central est enveloppé d'une mince couche de sels calcaires, semblable à un vernis artificiellement déposé sur lui. Si le séjour a été plus prolongé, ce noyau peut disparaître sous une enveloppe dense, résistante, formée d'un grand nombre de couches concentriques.

La muqueuse conserve ses propriétés ordinaires; ses fonctions prennent au contraire plus d'énergie. Le mucus qu'elle sécrète lubrifie la surface de la concrétion et en rend souvent l'expulsion spontanée possible, quoique restant douloureuse (colique appendiculaire de Talamon). De la lymphe plastique peut se déposer à la surface de la concrétion et l'envelopper en un véritable kyste adhérent aux parois de l'appendice.

Quelle que soit leur disposition, ces concrétions présentent, dans leur forme et leurs dimensions, de grandes variations. Tantôt elles sont lisses, tantôt rugueuses. Leur forme peut être plus ou moins régulièrement arrondie, ou bien allongée et ovalaire. Les pressions exercées sur elles par la paroi appendiculaire modifient la disposition de leurs couches et en

altèrent la régularité. Quand deux ou plusieurs de ces calculs existent en même temps, leurs couches, dans les divers points comprimés, s'amincissent, tout en restant aussi nombreuses que dans les autres parties, et prennent un aspect lisse et poli. Enfin, la sécrétion de la muqueuse peut attaquer la concrétion et creuser à sa surface des cavités irrégulières et plus ou moins anfractueuses. Le volume de ces tumeurs varie de celui d'une lentille à celui d'un noyau de datte. Leur coloration, suivant leur nature, est brunâtre ou gris blanchâtre, avec tous les intermédiaires entre ces deux teintes. Très dures parfois, elles peuvent dans d'autres cas se laisser écraser facilement sous les doigts; d'autres sont poreuses et friables.

Au point de vue de leur nature, nous devons remarquer que dans ces cas, où les accidents qu'elles produisent sont peu intenses, il ne s'agit pas de calculs stercoraux vrais. En effet, tandis que sur 33 appendicites causées par des calculs, je trouve 25 calculs stercoraux vrais et 8 concrétions sédimenteuses; parmi les 8 observations de tumeurs que nous relatons, nous trouvons 6 concrétions salines et 2 tumeurs stercorales seulement. Ce fait peut s'expliquer par l'action antiseptique, — contestable cependant, — exercée par les sels, calcaires ou non, sur la cavité de l'appendice même. L'infection ainsi empêchée, la muqueuse prend à la présence du calcul une certaine habitude.

A la section, on reconnaît toujours la constitution concentrique de ces concrétions : elles sont formées de plusieurs couches superposées, et la consistance

de chaque couche diminue en allant de dedans en dehors. Le noyau-épine, autour duquel s'est développée cette stratification, apparaît en son centre. Ce sont parfois des éléments organiques, débris de graines ou de fibres végétales. Les substances salines, calcaires ou magnésiennes sont en proportions variables. On les y trouve à l'état de phosphate de chaux, phosphate ammoniac-magnésien. On peut y trouver aussi de la cholestérine, les divers sels biliaires et même des matières grasses. Elles se disposent sous forme de lamelles cristallines plus ou moins régulièrement stratifiées; parfois cependant ces concrétions offrent une disposition amorphe.

OBSERV. I (*Bierhoff*). — Il s'agit de calculs stercoraux multiples. A l'autopsie d'un jeune garçon de 7 ans, mort de diphtérie, on trouve au milieu de l'appendice un grand calcul stercoral de 9 millimètres de long, sur 5 millimètres de large, et, à côté, plusieurs autres plus petits. Ils étaient limités et solidement entourés de toute part par des replis valvulaires de la muqueuse. La partie terminale de l'appendice était dilatée au double de son calibre. Le cæcum ni l'appendice ne présentaient aucune trace d'inflammation. (*Arch. de Langenbeck*, 1880.)

Que ces concrétions soient restées longtemps dans l'appendice, leur volume d'abord, et puis l'élévation considérable de la muqueuse, qui semble s'être dressée ainsi en replis sous l'influence d'une pression mécanique prolongée, sont là pour le prouver. Cependant, pas un signe dans les anamnestiques ne permettait de songer à une appendicite.

OBSERV. II (*inédite et personnelle*). — Concrétion trouvée à l'autopsie d'une femme de 40 ans. L'appendice renfermait au niveau de son extrémité libre une masse de matières calcaires allongée, mesurant 12 millimètres de long et 6 millimètres de large, rugueuse et couverte de légères aspérités. Elle avait une couleur grisâtre, et son extrémité la plus grosse se trouvait buter contre le fond de la cavité appendiculaire. Sa présence devait avoir longtemps été tolérée, vu le nombre considérable de stratifications sédimenteuses qui se trouvaient disposées autour du noyau formé par un grain de céréale. Aucune modification inflammatoire, bride cicatricielle consécutive, point d'hypertrophie. Pas de repli valvulaire. La concrétion renfermait des sels de chaux.

OBSERV. III (*inédite et personnelle*). — Concrétion trouvée chez un homme de 58 ans. L'appendice avait une largeur de 12 centimètres. A 1 centimètre environ de sa pointe, se trouvait une concrétion. La partie terminale n'est pas dilatée, et ne renferme aucun produit de sécrétion. Pas de trace d'inflammation. La concrétion est sphérique, de 12 millimètres de diamètre. A la section, elle présente des couches concentriques, blanchâtres au centre, plutôt brunâtres à la périphérie. Les premières sont en plus grande quantité. Assez fermes, elles ne présentent point de disposition cristalline. La périphérie est irrégulière, deux ou trois couches la forment : sels minéraux mêlés à des substances stercorales. Le calcul était facile à briser, la partie externe était la plus friable. La poussière obtenue ne présente au microscope qu'une substance granuleuse amorphe. Elle est constituée chimiquement par des phosphates, phosphate de chaux surtout.

Sous l'influence de ces tumeurs, l'appendice peut réagir parfois, et il se produit à son niveau des phénomènes d'hypertrophie fonctionnelle nullement liés à une inflammation aiguë.

OBSERV. IV (*inédite et personnelle*). — Cadavre d'une femme de 45 ans. L'appendice très développé renferme

dans son intérieur, à 2 centimètres de sa pointe, un calcul. L'épaississement des parois est très considérable à ce niveau, c'est-à-dire sur une longueur de 1 centimètre environ. L'épaisseur de la paroi, avant et après la concrétion, est de 3 millimètres; là elle atteint 5 et 6 millimètres. Cet épaississement commence avant d'atteindre les deux extrémités du calcul et s'effectue graduellement. Il a surtout porté sur la tunique musculuse. La muqueuse est presque même en totalité détruite et remplacée par du tissu fibreux sous-muqueux. Celui-ci ne présente pas l'aspect cicatriciel. La concrétion est terne, d'un brun sale, d'une consistance cassante. Elle est faite de matières végétales indigestes, disposées en fibres spirales, autour desquelles se sont déposées des matières grasses, de la cholestérine et du phosphate de chaux. Dimensions: 9 millimètres de long, 6 millimètres de large. Forme ovulaire.

OBSERV. V (*Bierhoff*). — Calcul stercoral trouvé chez un homme de 27 ans. Appendice de 5 centimètres de long. Son mésentère est épaissi. Son extrémité libre est contournée et s'enfonce en forme de crosse. Il renferme dans sa lumière une concrétion stercorale rouge et fétide. La paroi est hypertrophiée et elle a le double de sa dimension normale. Valvule de Gerlach très développée. (*Arch. de Langenbeck*, 1880.)

Enfin, il peut s'opérer autour des calculs un travail organisateur; de la lymphe plastique, bientôt organisée en tissu fibreux, se dépose autour d'eux, formant une véritable coque, et les changeant ainsi en de vrais kystes secs, véritables tumeurs calculeuses.

OBSERV. VI (*inédite et personnelle*). — Homme, 45 ans. Appendice de 9 centimètres de long, renfermant en son intérieur une concrétion de 31 millimètres de long et 17 millimètres de large en ses dimensions les plus grandes, solidement fixée en une coque molle et blanchâtre qui l'entoure de toute part. Ces fausses membranes s'insèrent sur les parois appendiculaires. Elles sont en certains points fibreuses et présen-

tent là une assez grande résistance. Le calcul est allongé, ovoïde. L'une de ses extrémités se termine en pointe émoussée. Sa surface externe présente un aspect cristallisé sur la plus grande partie de son étendue. Il y a aussi de petites facettes, la plupart parallèles, s'entrecroisant parfois obliquement. Chimiquement, la substance qui le constitue est un phosphate. La résistance du calcul est très grande. Au centre on trouve une très petite graine, peut-être un pépin de raisin (?). Les cristaux étaient disposés tout autour de ce centre, qui avait aggloméré à sa surface un peu de matières fécales, d'une façon irrégulière.

Ces phénomènes, dus à l'activité fonctionnelle de la muqueuse, nous conduisent à l'étude des kystes dont la formation est directement liée à la présence des calculs, kystes par rétention mécanique. Le calcul, s'opposant à la sortie des produits sécrétés, détermine en amont une dilatation kystique de l'appendice. Ces kystes sont sujets aux mêmes transformations que les kystes par oblitérations cicatricielle que nous étudierons plus tard.

OBSERV. VII (*Bierhoff*). — Autopsie d'un homme vigoureux, 21 ans. Dans l'appendice, est situé un calcul ovale, long de 11 millimètres, large de 8 millimètre, dont un pôle est aplati. Celui-ci présente une surface mince polie, formée par de la matière fécale jaune et épaisse, et une surface supérieure lisse. Il est compris entre les parois de l'appendice fortement appliquées contre lui, riches en tissu conjonctif. L'extrémité libre de l'appendice est dilatée. La paroi est normale sur une longueur de 2 centimètres, puis épaissie au niveau du calcul. Enfin, la partie terminale longue de 14 centimètres, a une cavité très élargie et une paroi lâche.

Jusqu'ici la présence de ces calculs a été simplement signalée par l'autopsie. Il est possible cependant que la réaction locale des parois appendiculaires,

qui se manifeste à nous par l'hypertrophie, les productions lymphatiques et muqueuses, ait déterminé des douleurs irradiées, et produit le syndrome clinique de la colique appendiculaire. Certains cas d'appendicites à rechutes peuvent en effet être dus à la présence de calculs dans l'appendice, sans qu'il y ait trace de suppuration, voire même d'inflammation. Il se produit une réaction surtout douloureuse, des phénomènes d'excitation nerveuse et parfois de congestion. Ces crises, accompagnées de symptômes gastro-entériques, peuvent disparaître vite et brusquement; puis reparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés. L'accoutumance que la paroi acquiert après une première attaque, cesse quand se déplace ou accroît de volume la tumeur stercorale. Si l'on intervient chirurgicalement, on constate l'absence de toute suppuration, et parfois on trouve un commencement d'organisation autour de la tumeur.

OBSERV. VIII (*Ch. Symonds*). — Charles S..., 23 ans. Entre à Guy's Hospital le 16 juillet 1883. Fièvre typhoïde un an auparavant. En janvier 1883, pendant la nuit, douleur vive dans la fosse iliaque droite. Elle augmente d'abord d'intensité, et se généralise depuis, diminue vers la fin de la semaine. État stationnaire quatre jours. La maladie dure quatre semaines. Pendant la dernière, vomissements et constipation. Pendant toute la durée de l'affection la fosse iliaque est très tendue. Bientôt après apparaît dans l'aîne droite une tumeur, de la grosseur d'une noix; tantôt indolore, tantôt sensible à la pression. Depuis, crises douloureuses brusques, cessant au bout de un ou deux jours, et se répétant tous les mois. Six attaques pendant les huit dernières semaines. Trois jours avant sont entrée, vive douleur dans la fosse iliaque. Nausées sans vomissements.

A son entrée, la région est douloureuse au palper. On y sent une masse dure de 2 pouces de long sur trois quart de pouces de large, parallèle au ligament de Poupart. Selles régulières.

Le malade est mis à la diète. Guérison le 20 juillet. Le 26, douleur nouvelle, qui augmente jusqu'au 30, en même temps que s'accroît le volume de la tumeur (diète lactée, opium, cataplasmes); amélioration, et le 4 août, la tumeur est plus petite qu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Le malade part le 10 août et reprend son travail. Mais au bout de 2 heures une violente douleur dans la même région l'oblige à s'aliter de nouveau. La tension était extrême, la tumeur visible au niveau du ligament de Poupart. Le 16, on note une amélioration; mais le malade restait agité. Opération pratiquée le 24 août.

Chloroformisation. Incision partant de 2 pouces au-dessus et 1 pouce en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèle à l'arcade de Fallope, longue de 4 pouces. On atteint la tumeur. Incision verticale de la masse dure. Un petit calcul est mis à nu. On passe une fine suture de soie au-dessous de lui à travers les tissus. Élargissement de l'ouverture, ablation du calcul. La muqueuse était molle et pourprée; le trajet tortueux du canal pouvait être suivi jusqu'au cæcum. *Point de pus ou le liquide quelconque* autour du calcul. Point d'odeur fécale. Suture de Lambert à l'ouverture de l'appendice. Suture profonde de la paroi abdominale. Le calcul était ovale; trois quarts de pouce de long et 1 demi-pouce de large. Il possédait une capsule lamelleuse calcaire entourant des matières fécales durcies.

Suites opératoires irrégulières. Écoulement de pus par la plaie opératoire. Cicatrisation complète le 5 novembre. Absence de trouble depuis cette époque. (*Brit. M. J.*, 1885, II, 993.)

OBSERV. IX (*Poncet et Jaboulay*). — Appendicite chronique sèche observée chez un homme de 45 ans, qui souffrait depuis deux mois et demi de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Elles avaient débuté brusquement. Depuis

ce temps, il avait conservé des troubles digestifs, si bien qu'en tenant compte de l'amaigrissement considérable qui était survenu et du facies terreux du malade, on pouvait songer à un néoplasme, d'autant plus que la tumeur, quoique arrondie dans sa forme générale, présentait des prolongements. Les anamnestiques seuls pouvaient fixer le diagnostic. Une incision au-dessus de l'arcade crurale permet d'arriver sur une masse formée par des adhérences entre l'épiploon, une anse d'intestin grêle et le sommet de l'appendice, qui est retourné en haut et en avant. On sépare les adhérences et on résèque l'appendice. Il est hypertrophié et contient un calcul de la forme et de la grosseur d'un grain de blé. Il n'y a pas de pus. Guérison en trois semaines. (*Rev. de chir.* 1892.)

OBSERV. X (*Poncet et Jaboulay*). — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui en était à sa cinquième rechute d'appendicite depuis six mois qu'avait commencé sa maladie. Elle était pâle, presque cachectique, condamnée à un repos absolu au lit. On constatait une tumeur dans la fosse iliaque droite. A l'incision, la paroi abdominale est très vasculaire; les artérioles très dilatées saignent beaucoup. Après avoir rompu avec les doigts plusieurs adhérences, on trouve l'appendice qui est contourné et fixé au tissus voisins : il est excisé. Épaissi, il a la forme d'un battant de cloche. Dans sa lumière, se trouve trois petits calculs intestinaux. La muqueuse est fongueuse et la séreuse très épaisse. La poche fut tamponnée avec la gaze iodoformée qui faisait compression hémostatique. Mais elle fut laissée par inadvertance pendant trois semaines au contact du cæcum. Lorsqu'on la retira, on constata une ulcération circulaire de celui-ci; par où les matières s'écoulaient. Suture, séreuse à séreuse, de la portion inférieure du cæcum renversé de bas en haut sur l'orifice artificiel. Guérison. Embonpoint considérable. (*Rev. de chir.*, 1892.)

Faisons remarquer, à l'occasion de ces deux derniers faits, combien les symptômes généraux, amai-

grissement, cachexie, marasme, avaient pris de l'importance, jusqu'à faire songer à un néoplasme vrai.

L'intervention est-elle indiquée? Nous ne saurions à ce sujet mieux faire que de rapporter l'opinion de MM. Poncet et Jaboulay, elle nous semble trancher la question d'une façon aussi raisonnée que formelle. « En nous appuyant, disent-ils, sur l'efficacité de l'opération et sur l'absence de danger consécutif, nous préconisons l'incision avec recherche et excision de l'appendice, dans les appendicites chroniques sèches, simulant les tumeurs soit par les phénomènes locaux, soit par leur retentissement sur l'état général. Les douleurs, les troubles digestifs sont supprimés et les malades récupèrent leur embonpoint rapidement. Dans ce cas, le traitement s'adresse à l'effet et à la cause, et alors il est parfait, puisqu'il empêche les récidives. »

B. — KYSTES APPENDICULAIRES.

Les kystes muqueux de l'appendice vermiculaire sont dus à une rétention du liquide sécrété. Ils représentent en grand ce qui se fait en petit dans un utricule glandulaire d'une muqueuse, quand son orifice se trouve obstrué. L'appendice, en effet, disposé en cul-de-sac, peut être dans ce cas considéré comme une glande composée, dont les lobules sécrétants simples extrêmement nombreux aboutissent à un conduit excréteur commun, le canal appendiculaire lui-même. Qu'une partie quelconque de ce conduit s'oblitére, il se forme un espace clos où s'accumuleront les

produits sécrétés par ces glandes. La cavité s'élargit, le simple cylindre est transformé en une poche arrondie plus ou moins volumineuse.

Le siège de l'oblitération est variable. Tantôt l'orifice appendiculaire dans le cæcum est obstrué. Tantôt il existe sur une portion quelconque du canal un obstacle dont la nature n'est pas toujours la même. Parfois aussi il en existe plusieurs, comme c'est le cas dans une de mes observations, et l'on a alors un kyste multiple à poches juxtaposées. Quand la portion primitive du canal est ainsi normale, on la voit un peu avant la dilatation kystique brusquement ou progressivement diminuer son calibre sur une étendue plus ou moins considérable. Un rétrécissement cicatriciel détermine cette dépression.

Au-dessus de ce point rétréci ne se produit cependant pas toujours une dilatation de cet ordre. Ainsi, dans une de mes autopsies je trouve noté que l'orifice appendiculaire était oblitéré complètement sans que fut trouvée la moindre trace d'ampliation kystique de la lumière demeurée absolument normale. Dans ce cas, la destruction des éléments glandulaires par une inflammation préexistante, cause d'ailleurs aussi du rétrécissement, avait rendu toute sécrétion consécutive impossible. Si un processus irritatif, ulcéreux même, nous semble donc nécessaire pour la production des kystes appendiculaires, nous ferons observer que ce processus doit se limiter de bonne heure. S'il envahit une portion trop considérable du canal, il détermine la formation, non plus d'un appendice kystique, mais bien d'un appendice fibreux, cordonni-

forme. Dans le premier cas, la muqueuse érodée en un point tombe, tandis que respectée sur le reste de son étendue elle y conserve l'intégrité de ses fonctions. Les parois se soudent au point érodé, se dilatent en amont. Mais si l'inflammation s'étend davantage, le premier phénomène l'emporte et le deuxième fait défaut.

• Parmi les inflammations qui peuvent produire ces kystes, il faut citer en premier lieu le catarrhe simple de l'appendice. Le plus souvent lié à la présence d'un calcul, il peut être aussi dû à un processus tuberculeux ou à une entérite de cause générale. Des ulcérations survenant au cours d'une fièvre typhoïde et se localisant en un point limité de l'organe peuvent l'avoir pour résultat. Le plus souvent peu étendue, limitée en des points bien circonscrits, cette irritation provoque une exfoliation de la muqueuse. Les cellules épithéliales se mortifient et tombent. Le tissu cellulaire sous-muqueux prolifère, et après l'expulsion du calcul, à la fin de la phase aiguë du catarrhe, les brides connectives hypertrophiées s'accolent et se réunissent, se rapprochent, s'entremêlent. Ainsi se forme une cicatrice véritable entraînant un rétrécissement. Ce tissu cicatriciel d'abord un peu lâche se rétracte de plus en plus, et ce rétrécissement à ce niveau devient apparent à l'extérieur. La cicatrice peut produire ainsi une soudure intime des parois. Cependant il peut se faire aussi une simple coarctation de la lumière appendiculaire par un mécanisme analogue à celui qui préside à la constitution des rétrécissements uréthraux, et ce resserrement a le

même effet, il offre un obstacle infranchissable à l'écoulement des produits sécrétés. Ce processus peut être invoqué pour expliquer une de mes observations. En voici le mécanisme, à mon avis. A la suite du processus inflammatoire, il se forme du tissu fibreux plus dense et plus serré que précédemment. La prolifération connective ne se dirige pas vers la lumière de l'appendice et ne pénètre pas dans son intérieur, elle s'étend en surface, de telle façon que nulle adhérence ne se produit. Le tissu cicatriciel se rétracte dans la suite et amène un rétrécissement qui rapproche les parois de l'appendice sans les souder. Le calibre du canal diminue ainsi progressivement et finit par totalement disparaître, les parois s'adosant d'une façon intime et formant un contact absolu l'une avec l'autre (obs. XI).

A ces oblitérations d'origine inflammatoire, je dois ajouter les obstructions mécaniques soit par un calcul (obs. VII), soit par un bouchon de mucus concrété, mode d'obstruction non encore signalé et dont je rapporte une observation personnelle. Cette concrétion muqueuse avait agi de la façon d'un calcul. Solidement adhérente à la paroi, elle obstruait la lumière et avait déterminé en amont une dilation kystique. L'occlusion de l'orifice appendiculaire par la valvule de Gerlach appliquant exactement ses bords pour empêcher l'excrétion du mucus produit le même effet. (Obs. de Bierhoff.) Enfin, une bride mésentérique, qu'elle appartienne au méso-appendice ou au mésentère entérique, peut, lorsqu'elle enserre le tube appendiculaire, déterminer un rétrécissement et donner lieu à la production d'un kyste. (Obs. de Burney.)

Une portion, parfois même la totalité du canal se trouvant ainsi isolée, les glandes qui s'y terminent continuent à sécréter. Le liquide s'accumule en arrière de l'obstacle. Sous l'influence de cette distension lentement progressive, les parois se distendent, la cavité se dilate. Les tuniques peuvent dans certains cas s'hypertrophier; dans d'autres, elles conservent leur structure ordinaire, mais subissent alors, sous l'influence de cette distension considérable, un amincissement parfois extrême. Ainsi se trouve constitué le kyste. Tantôt il pend dans la cavité abdominale, ainsi qu'une outre appendue à un pédicule parfois court, assez long parfois, mais toujours grêle : tumeur libre alors de toute adhérence fibreuse ou conjonctive. Le plus souvent des travées fibreuses, vestiges d'une péritonite partielle adhésive, la réunissent aux organes voisins. Elles l'englobent elle-même, gênent son accroissement par l'épaississement du repli séreux appendiculaire.

Le volume, la forme de la tumeur dépendent de la longueur du canal que le processus irritatif a respectée, et de la longueur de l'organe lui-même. Si, seul, l'orifice cæcal est oblitéré, l'appendice tout entier subit la dilatation kystique, et l'on peut dans ce cas voir des tumeurs d'une grosseur énorme, comme dans une observation de Virchow, où elle atteignait la grosseur du poing. Elle est alors simplement accolée au cæcum dont elle semble n'être qu'un diverticule arrondi très dilaté. Si une portion du canal est transformée en tissu fibreux, le volume du kyste sera d'autant plus petit que la portion per-

méable sera plus courte. L'on aura ainsi une tumeur plus ou moins longuement pédiculée, parfois même surmontée d'un cordon fibreux, pointe de l'appendice soudée en tissu dense et cicatriciel. Enfin je rapporte l'observation d'un kyste double surmonté de la pointe fibreuse de l'organe. Les deux diverticules étaient séparés par un rétrécissement.

Les dimensions les plus faibles de ces productions pathologiques sont celles d'une amande ou d'une noix. Elles peuvent atteindre celles d'un gros œuf et même du poing. Dans un cas, le kyste était ovale et mesurait 14 centimètres dans son diamètre longitudinal et 7 centimètres dans son diamètre transverse. La longueur du pédicule varie de 1 à 4 centimètres. Il peut avoir parfois 7 et 8 centimètres.

La surface externe du kyste est le plus souvent lisse et polie; elle est parfois cependant reliée aux parois cœcales ou au tissu cellulaire de la fosse iliaque par des brides connectives qui déterminent, au niveau de leur point d'implantation sur les kystes, des excroissances. Ces adhérences, dans quelques cas extrêmement abondantes, immobilisent complètement la tumeur dans la fosse iliaque. Elles gênent son accroissement par la constriction qu'elles exercent sur ses parois. Celles-ci en effet peuvent être cerclées pour ainsi dire, par des brides circulaires qui les enserrrent étroitement et qui peuvent déterminer, quand elles sont assez épaisses, un sillon profond.

La consistance des kystes appendiculaires est presque toujours la même. Élastiques et rénitents, ils présentent rarement, en raison même de la distension

énorme des parois, une sensation vraie de fluctuation. Cependant il est des cas où le contenu, extrêmement visqueux et mou, mucus concrété presque, donne à la tumeur une consistance molle et pâteuse, assez semblable à celle d'un lipome.

Si l'on incise les parois du kyste, il s'en écoule un liquide dont la nature varie suivant l'époque à laquelle remonte sa formation. Au début, en effet, il est entièrement rempli par du mucus filant et visqueux, parfois cependant très fluide, ou bien aussi compact que de la gélatine mi-solide; ressemblant alors à de l'amidon cuit, il est susceptible d'être coupé avec des ciseaux ou détaché par les doigts. Il ne faudrait pas confondre les kystes à contenu gélatiniforme avec la dégénérescence cancéreuse de l'espèce colloïde. Une différence, essentielle à notre avis, permet de les différencier anatomiquement. C'est l'absence dans les kystes de travées connectives qui séparent en forme de loges les divers compartiments du carcinome vrai. Ce simple aspect macroscopique — nous ne parlons pas de la structure histologique des parois et du contenu, si caractéristique d'ailleurs — nous paraît suffisant pour éviter la confusion de Virchow, qui ne veut voir dans ces carcinomes « rien autre chose qu'un simple kyste muqueux dérivant de l'oblitération partielle de l'appendice vermiculaire ». Ce mucus, de consistance variable, présente une réaction générale alcaline. Traité par l'acide acétique, il donne un précipité qui trouble le liquide : preuve qu'il existe de la mucine en assez grande quantité. A l'examen microscopique, cette bouillie paraît constituée par de

la mucine tenant en suspension quelques granulations et de rares cellules déformées et granuleuses. On y trouve aussi des filaments fibrineux.

Ces quelques données, nous les avons établies d'après les observations suivantes :

OBSERV. XI (*inédite et personnelle*). — Kyste muqueux trouvé sur le cadavre d'une femme de 60 ans. Appendice situé à la face postérieure du cæcum, relié à cet organe par une bride fibreuse longue de 1 cent. 5 et partant de sa base, libre sur le reste de son étendue. La longueur totale de l'organe est de 8 cent. 5. Son orifice dans le cæcum est plissé et dépourvu de valvule. Il admet une sonde cannelée, qui ne tarde pas à buter contre un rétrécissement infranchissable, sis à 1 cent. 4 de l'orifice cæcal. Puis vient une dilatation de forme assez régulière, semblable à une noisette, de 17 millimètres de long et 15 millimètres de large. Sa paroi, lisse et polie, n'est point hypertrophiée. Ce kyste est suivi d'un nouvel étranglement. Immédiatement après, nouvelle dilatation plus considérable que la première : 30 millimètres de long, 20 millimètres de large. Elle est coiffée par la pointe fibreuse de l'appendice, longue de 23 millimètres. Ces deux kystes présentent une consistance assez ferme, ils donnent une sensation de rénitence élastique. A leur ouverture, il s'écoule un liquide grisâtre, visqueux et filant, ressemblant à du mucus. Dissous dans l'eau, puis traité par l'acide acétique, il donne un précipité trouble. Il contient des granulations, des débris cellulaires et des filaments fibrineux assez nombreux. La poche du deuxième kyste est plus épaisse que celle du premier. Les rétrécissements sont constitués par des étranglements dus à la coaptation respective des diverses portions du canal appendiculaires à leur niveau. Il y a là une vraie cicatrice, comme l'atteste leur consistance fibreuse et indurée. Le premier, long de 4 millimètres, a un diamètre de 3 millimètres, le canal normal en ayant 7. La diminution de calibre est progressive. Le deuxième a 3 millimètres de long, et se cache ensuite entre les deux poches. La pointe de l'appendice est solidifiée par une organisation fibreuse.

OBSERV. XII (*inédite et personnelle*). — Kyste muqueux trouvé à l'autopsie d'un homme de 38 ans. Appendice libre de toute adhérence, long de 15 centimètres. A 9 centimètres de son orifice perméable est un rétrécissement, qui précède une dilatation ovale de 6 centimètres de long et 36 millimètres de large. La grosse extrémité correspond à la pointe de l'organe. Il présente les mêmes caractères physiques que le précédent et renferme un mucus visqueux assez épais. A son ouverture, on trouve comme agent d'obstruction, au niveau d'un rétrécissement incomplet de la lumière, un bouchon muqueux de consistance ferme, adhérent aux parois de l'appendice, de couleur gris sombre. Irrégulier et anfractueux, il émet au sein du kyste de petits bourgeonnements.

OBSERV. XIII (*Bierhoff*). — Kyste muqueux trouvé chez un homme de 77 ans. Appendice formant une tumeur en forme de boudin, fortement tendue et dure, fluctuante. Longueur 6 centimètres ; largeur, 3 cent. 5. La plus grande partie est renfermée dans une poche constituée par une fausse membrane. L'orifice est extrêmement rétréci et permet à peine au liquide, mucus épais et filant, légèrement trouble, de s'écouler sous l'influence d'une forte pression. Brides conjonctives courtes, réunissant l'appendice au cæcum.

OBSERV. XIV (*Bierhoff*). — Chez un homme, on trouve que l'appendice a la forme d'un sac de 5 centimètres de long et 2 cent. 5 de large ; tendu et dur, rempli d'un mucus clair et visqueux, faisant saillie dans la lumière du cæcum sous forme d'une masse arrondie. La valvule de Gerlach est très développée, et forme deux replis larges, situés l'un au-dessus de l'autre, à la façon des deux valves d'une soupape. On ne peut introduire la sonde entre eux que sur une courte étendue, car on les trouve bientôt réunis. Point de trace d'inflammation. (*Arch. de Langenbeck*, 1880.)

OBSERV. XV (*Féré*). — Kyste muqueux trouvé chez un homme de 55 ans, mort d'une affection des voies urinaires. Appendice contourné en sigma. Il est fusiforme, très dilaté à sa partie moyenne, où il présente une circonférence de

9 centimètres. Il a 4 centimètres de tour à l'insertion cæcale. Sa longueur est de 10 cent. 5. Il est complètement libre dans la cavité abdominale, n'étant fixé ni par un pli séreux normal, ni par une adhérence pathologique. Surface lisse est de même coloration que le reste de l'intestin. Dans l'intérieur du cæcum, au point où devrait se trouver son orifice, on voit une tumeur grosse comme une noisette soulevant la muqueuse, qui est de coloration rougeâtre, presque ecchymotique à ce niveau. Cette tumeur est élastique, et par la pression, son contenu reflue en partie dans la cavité de l'appendice. La surface de cette saillie est lisse, sauf au sommet et un peu vers la gauche où existe une dépression linéaire en croissant, dont la concavité regarde en dedans : reste de l'orifice oblitéré. Le contenu de cette poche est constitué par une masse incolore, gélatineuse, semblable à de l'amidon cuit, adhérent peu à la surface interne. Au microscope, on y trouve de la mucine, quelques granulations et de rares cellules déformées et granuleuses. La paroi de la poche intracæcale est moins épaisse que celle du reste du kyste. Elle est formée seulement par l'accolement des deux muqueuses, qui n'adhèrent entre elles par leur face choriale qu'au niveau de la cicatrice linéaire de son sommet. Cette saillie trouve son explication dans la persistance de l'orifice musculaire, qui a produit un étranglement à ce niveau et déterminé le refoulement d'une certaine quantité de liquide du côté du cæcum. (Soc. d'anat. *Prog. Méd.*, 1877.)

OBSERV. XVI (*Gruber*). — Kyste muqueux irrégulier. — L'appendice présente dans sa portion inférieure un sac sphérique à parois épaisses. Sa portion supérieure est formée par une tige épaisse et cylindrique perméable. A l'insertion cæcale, un tube court mais large et à parois minces, et qui communique, d'un côté avec le cæcum et la tige cylindrique de l'autre avec le sac sphérique. La dilatation affecte donc la forme d'un T dont l'une des branches serait en forme de boule, la deuxième étant cylindrique; le cou de la tumeur inséré au cæcum en représenterait la branche verticale. Ainsi dilaté, l'appendice est couché avec son collet et son sac au-dessous du cæcum, en

partie adossé à sa face interne. Son pédicule est situé en dedans et au-dessous de la portion terminale de l'iléon. Ses dimensions sont : longueur, 10 centimètres, ainsi répartie : sac, 4 cent. 5 ; collet, 1 cent. 8, pédicule, 4 centimètres. Largeur : sac, 5 centimètres et 4 cent. 5 ; collet, 3 cent. 2 et 2 cent. 5 ; pédicule, 1 centimètre. L'orifice du sac dans le collet est entouré par un anneau épais circulaire, et a 2 centimètres de largeur. L'enveloppe du collet est formée par une portion de la paroi cæcale amincie. Derrière la portion interne du bord inférieur, est son orifice oblique, en forme de fente, de 8 millimètres de long sur 2 millimètres de large. Par la partie inférieure et externe, on arrive sur le pédicule, en haut et en dedans par un trajet long de 12 millimètres et large de 4 à 5 millimètres sous la muqueuse du cæcum. En avant de la terminaison de ce trajet, est un petit orifice représentant l'orifice rétréci de l'appendice, situé à 2 centimètres de la valvule iléo-cæcale. La paroi du sac s'est épaissie en anneau autour de son orifice circulaire, et atteint là une épaisseur de 2 à 3 millimètres. La surface interne a perdu les caractères d'une muqueuse. Sa séreuse est épaissie au niveau du pédicule, la musculieuse hypertrophiée, la sous-muqueuse épaissie et plissée. Le contenu était un mucus clair, visqueux, compacte. Des brides fibreuses unissaient le grand épiploon à l'orifice circulaire du sac. (*Arch. f. An. Path.*, de Virchow, 1873).

La composition du contenu kystique ne reste pas toujours la même. Si la rétention existe depuis un temps assez long, les éléments cellulaires dont nous avons plus haut constaté la présence en son sein disparaissent. Ils subissent la dégénérescence graisseuse ou colliquative. Les granulations dont nous avons déjà parlé sont la première phase de cette métamorphose. Le mucus se transforme aussi : il se produit un phénomène chimique qui le transforme en albuminate de soude, comme dans une digestion artificielle ; à la fois se trouvent d'autres substances

extractives (Virchow). A mesure que s'opère cette mutation des masses muqueuses en substances albumino-alcalines, l'aspect de la collection liquide se modifie. Elle devient plus claire, plus limpide, très peu épaisse, plutôt aqueuse.

Comment expliquer ces phénomènes ? Je crois qu'il faut faire ici intervenir deux faits. Et d'abord la résorption dont la muqueuse peut indiscutablement être le siège. Il semble pourtant qu'elle devrait s'opposer alors à la formation du kyste. Mais je ferai remarquer que, même à l'état normal, elle est de beaucoup inférieure comme intensité à la sécrétion glandulaire. Nombreuses sont en effet les glandes sécrétantes, qui se tassent, se pressent les unes contre les autres, tandis que les follicules, épars çà et là, sont en nombre assez restreint. En outre le travail phlegmasique, qui a donné lieu à ces productions kystiques, a provoqué en certains points de l'organe une lymphangite. L'obstruction consécutive d'un certain nombre de lymphatiques et de leurs terminaisons rend donc cette résorption trop peu considérable pour empêcher la formation du kyste, mais suffisante pour en modifier le contenu. Sous cette influence, celui-ci se régularise et ne s'accroît que lentement.

Un peu plus tard, la distension des parois et l'irritation qu'elle provoque amènent des phénomènes de dilatation vasculaire réflexe. L'amincissement graduel de la paroi, qui peut devenir presque transparente, les rend plus superficiels. Il se produit, au niveau de la face interne de l'appendice, les mêmes phénomènes qu'à la surface d'une séreuse. Véritable hydropisie.

La sécrétion muqueuse s'arrête en même temps. Les glandes mêmes ont en grande partie disparu. Un liquide purement séreux transsude à travers la paroi, qui se comporte comme une séreuse irritée par une inflammation chronique. Presque toujours en effet se fait sentir à cette époque un commencement d'inflammation. C'est un liquide séreux et absolument clair, transparent, sans réaction alcaline nette et mélangé à de rares flocons de mucus qui flottent encore en son intérieur.

OBSERV. XVII (*P. Guttman*). — Hydrôpisie de l'appendice chez une femme de 70 ans. L'orifice de l'appendice dans le cæcum est oblitéré et fermé par du tissu fibreux cicatriciel de consistance ferme. Il mesure 14 centimètres de longueur. Sa circonférence la plus considérable a 21 centimètres. Son contenu est riche en eau et a perdu sa constitution muqueuse. Il est séreux et fluide, absolument limpide. (*Deutsche med. Wochens.* 1891, 7.)

OBSERV. XVIII (*Bierhoff*). — Hydropisie de l'appendice. L'orifice de l'appendice n'est pas oblitéré; le canal est libre sur une longueur de 4 centimètres et perméable. Puis vient une petite portion rétrécie, et plus loin une dilatation de la grosseur d'une noix. Ce kyste est rempli par un liquide séreux. L'extrémité libre de la paroi de l'appendice est si amincie, que l'on voit transparaître le contenu clair et que ce point se voûte par la pression sur le kyste. (*Arch. de Langenbeck*, 1880.)

Étudions maintenant la structure des parois du kyste et de son pédicule.

Les parties rétrécies offrent une étendue plus ou moins considérable. D'une longueur de 3 à 4 millimètres au minimum, la cicatrice est, dans quelques

cas exceptionnels, quand elle résulte par exemple de l'accolement des deux valves de l'orifice appendiculaire, absolument linéaire. Elle peut être de 1 à 2 centimètres. Le pédicule ainsi formé est le plus souvent fait de tissu fibreux cicatriciel, provenant de la prolifération inflammatoire du tissu sous-muqueux. Ce tissu induré offre à la coupe une résistance assez considérable. Il est d'une couleur blanc-grisâtre et présente la structure ordinaire du tissu cicatriciel. La muqueuse a complètement disparu à son niveau, et la musculuse elle-même est atrophiée. Seule la séreuse est épaissie, et l'on voit souvent saillir à sa surface des brides fibreuses qui témoignent de l'origine et de la nature du processus.

Tout autre est l'aspect de la paroi kystique. Il varie d'ailleurs aussi, suivant que la rétention est d'origine ancienne ou récente. Cette paroi est suivant les cas épaissie, amincie ou d'une épaisseur sensiblement normale. Parfois elle est tellement amincie qu'on voit transparaître le contenu clair du kyste. Autre part, elle augmente considérablement d'épaisseur et atteint alors 5 et même 8 millimètres. Sa dimension varie d'ailleurs avec les régions que l'on considère.

La surface interne de la poche kystique est lisse et polie, légèrement rosée, tant que son contenu demeure muqueux. Quand celui-ci se transforme et devient séreux, l'aspect de la paroi se modifie. Son épaisseur augmente (7 millimètres) quand le processus hyperplasique domine, diminue lorsque aucune prolifération cellulaire intrapariétale ne s'opère. Il se produit à sa face interne des saillies verruqueuses et des

excroissances polypiformes, résultat de la prolifération du tissu conjonctif sous-muqueux. En d'autres points, elle est érodée et présente des anfractuosités irrégulières. Au point de vue histologique, une seule différence sépare ces deux stades : l'absence dans le second de la muqueuse qu'on voit encore dans le premier.

La paroi du kyste se compose de quatre couches. La muqueuse s'y trouve plus ou moins modifiée. Quand elle a totalement disparu, elle est remplacée par plusieurs couches opaques et cornées, renfermant en certains points des cellules isolées, comprimées et aplaties. L'épaisseur de ces couches est énormément réduite par rapport à celle de la muqueuse saine. Le tissu sous-muqueux au contraire a augmenté de volume ; il est devenu plus dense, a étouffé les glandes qui plongeaient en sa profondeur, et dont tout vestige a même en certains points disparu. Leurs cellules, dissociées par le tissu conjonctif infiltré entre elles, ont subi en partie la dégénérescence graisseuse et sont çà et là disséminées. Ailleurs, au milieu de la néoformation fibreuse, elles conservent leur aspect habituel et leur disposition en rangées perpendiculaires à la surface. On trouve dans le tissu sous-muqueux, parmi des réseaux délicats de fibres élastiques, nombre de cellules rondes lymphatiques et de globules graisseux. Il est sillonné par les vaisseaux qui s'y présentent soit sur une coupe longitudinale, soit sur une coupe transversale. Quelques traces subsistent de la *muscularis mucosæ*, mais sans disposition régulière. Enfin, toujours plus épais et plus dense, à peine tra-

versé par quelques veines à parois hypertrophiées, le tissu conjonctif atteint la couche musculieuse propre. Celle-ci peut être aussi hyperplasiée et envahie par l'infiltration conjonctive. La séreuse présente les mêmes phénomènes de prolifération irritative que la sous-muqueuse.

Toutes ces modifications peuvent se produire sans que naissent des symptômes capables de les faire soupçonner. Cependant, dans quelques cas apparaissent des phénomènes cliniques, ainsi que le prouve l'observation suivante :

OBSERV. XIX (*inédite*). — M^{me} P., 56 ans, de Saint-Fortunat, est envoyée à M. le professeur Poncet le 26 juillet 1892 par M. le D^r Féa. Mariée, jamais de grossesse. Au-dessus de l'arcade crurale droite, à 2 centimètres de l'épine iliaque antérieure, tumeur oblongue du volume d'une amande, à grand axe parallèle à l'arcade, mobile, dure, un peu douloureuse à une forte pression. Pas de ganglions. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement. Le D^r Féa a constaté cette induration il y a deux mois environ. Depuis le mois de janvier la malade accuse des tiraillements dans le ventre, pas de véritables coliques, mais des malaises abdominaux. Il y a six ans, douleur subite dans le ventre, très vive, ayant duré plusieurs heures. Il y a trois ans, nouvelles coliques sous forme d'indigestions. Actuellement, la malade trouve son ventre gros, enflé. M. Poncet conseille quelques laxatifs de temps à autre et le port d'un bandage élastique.

Le 7 décembre, M. le D^r Féa a eu l'obligeance de nous donner les renseignements suivants sur l'état de cette malade : « L'état général est resté bon ; fonctions digestives normales. Point de douleur abdominale. La malade ne se préoccuperait point de sa santé si elle ne savait qu'elle porte cette petite tumeur. Au reste l'exploration seule l'a révélée, et cet examen a été fait à l'occasion de quelques troubles digestifs légers et qui ont aujourd'hui totalement disparu ».

Il s'agit certainement dans ce cas d'une tumeur bénigne. Est-ce un kyste ?

Sous l'influence de causes diverses, le kyste peut devenir le siège d'une inflammation. Son contenu devient alors hémorrhagique ou purulent. L'hyperplasie vasculaire est accompagnée souvent de friabilité des parois des vaisseaux. Pour suivre la distension de la poche, ces vaisseaux, unis à elle par le tissu conjonctif qui les englobe, sont obligés d'augmenter leurs dimensions. Le processus hyperplasique les a rendus presque inextensibles. D'où leur rupture possible. Comme la muqueuse est très amincie, le sang transsude, parfois même à travers une érosion de couches superficielles, s'épanche directement dans la cavité kystique. Le liquide séreux se transforme en liquide hématique, éminemment propre propre dès lors à subir l'évolution purulente. Celle-ci peut d'ailleurs s'établir d'emblée. A notre avis, il faut toujours chercher dans une infection secondaire la cause de cette complication. Les lymphatiques nous semblent jouer ici un rôle important. Qu'une inflammation se produise dans un organe voisin, les germes infectieux chemineront par leur intermédiaire jusqu'aux parois appendiculaires. Ils pénétreront dans le kyste, et y trouveront un bouillon de culture tout prêt à favoriser leur multiplication. Signalons surtout parmi ces sources infectieuses l'entérite tuberculeuse et les inflammations du cæcum. Le contenu kystique devient alors opaque, parfois blanc jaunâtre, fétide même. Il prend un aspect crémeux, et peut offrir en un mot les différentes formes du pus de toute nature. Les glo-

bules rouges disparaissent, les leucocytes au contraire s'y trouvent en grand nombre au milieu de micro-organismes divers et en quantité assez considérable.

Ces phénomènes s'accompagnent toujours de symptômes graves. Leur apparition est favorisée par la situation superficielle du kyste : appendice hernié. S'il occupe la cavité abdominale, il donne naissance à des symptômes rappelant assez ceux d'une appendicite subaiguë. Douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite, irradiées bientôt à tout le ventre, qui devient ballonné. Vomissements, nausées et parfois même, comme chez la malade de M. professeur Poncet, une algidité prononcée des extrémités et une angoisse extrême. En résumé, un état abdominal excessivement grave, des phénomènes de péritonite qui ne tardent pas à suivre l'inflammation du kyste. Péritonite, péritonisme, ayant leur origine dans une lésion de la fosse iliaque droite, appendice ou cæcum, tel est le diagnostic que ces signes permettent de porter. Mais que par une palpation plus ou moins profonde on ait pu sentir une tumeur dans la fosse iliaque, tumeur mobile, arrondie, à forme spéciale; et par ces caractères on pourra la rattacher à l'appendice. Les commémoratifs permettront d'établir sa nature et de la différencier des lésions purement inflammatoires. Ces malades, en effet, signalent dans leurs antécédents plusieurs attaques de colique appendiculaire, parfois même ils ont eu une appendicite franche. La formation du kyste a pu s'accompagner de symptômes douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Douleurs sourdes, vagues, et parfois irradiées sous

forme de coliques. Ces accidents s'accompagnent de troubles digestifs, inappétence, amaigrissement, nausées, constipation plus ou moins opiniâtre. Il importe de se rappeler néanmoins que ces signes prémonitoires peuvent faire complètement défaut; le kyste peut manifester brusquement sa présence à la seule occasion de son inflammation.

Si la péritonite se circonscrit, les symptômes que nous avons décrits plus haut s'atténuent. Si le kyste a une ouverture dans le cæcum, un peu perméable ou qui ne fut qu'accidentellement et temporairement bouchée, l'épanchement dans le cæcum des produits sécrétés effectué, tout signe disparaîtra. Le plus souvent la péritonite suit son cours, elle se généralise et l'on voit apparaître tout son cortège de symptômes physiques et fonctionnels : ballonnement du ventre, facies terreux, température subélevée, vomissements bilieux, alimentaires et parfois fécaloïdes, constipation, douleur abdominale. Et le malade succombe dans un état d'adynamie et de prostration, dans le collapsus, à moins qu'une intervention active et hâtive, enlevant la cause du mal, n'en enraye l'évolution.

OBSERV. XX (*inédite*). — (Communiquée par M. le professeur Poncet.) — Ce kyste a été trouvé dans une laparotomie iliaque pratiquée le 6 septembre 1891 par M. le professeur Poncet, chez une malade, A..., âgée de 70 ans, et chez laquelle on supposait une appendicite. Dans la nuit du 2 au 3 septembre, elle avait été prise brusquement de douleurs extrêmement vives dans le ventre, et survenues sans cause appréciable. La douleur paraît avoir débuté dans la fosse iliaque droite; elle s'est irradiée à tout le ventre,

et lors de l'examen, la malade se plaignit surtout du creux épigastrique et des reins. Ventre modérément ballonné, nausées, vomissements incessants. Algidité des extrémités, angoisse extrême. Du 3 au 6 septembre, il y eut des périodes d'accalmie, mais la situation resta toujours très grave.

6 septembre. — Laparatomie pratiquée par le professeur Poncet sous l'anesthésie, avec l'assistance de MM. les D^{rs} Jaboulay et Féa. A l'incision du péritoine, issue d'une à deux cuillerées de sang contenu dans la cavité abdominale. M. le professeur Poncet cherche l'appendice qu'il amène facilement au dehors. Ce dernier ne présente aucun signe d'inflammation. Dans ses deux tiers inférieurs, il est distendu, kystique et présente le volume d'une petite amande. Il est comparable à un grain de raisin allongé, rattaché au cæcum par un pédicule étroit. Les parois sont amincies et la tumeur est très translucide. Il n'existe aucune adhérence de l'appendice avec les organes voisins. A l'incision, il s'écoule une cuillerée à café de liquide visqueux, gelée de pommes, renfermé dans une poche communiquant avec le cæcum par un goulot oblitéré. Cette lésion, de date plus ou moins ancienne, ne paraît pas avoir provoqué d'accident local. Il est certain que les accidents péritonéaux existants pouvaient lui être imputés. La malade succomba le 15 septembre suivant; les phénomènes d'occlusion intestinale continuèrent. L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, on ignore quelle a été la pathogénie des accidents.

OBSERV. XXI (*Gerster*). — Kyste enflammé. — Caroline D..., 14 ans, Hernie inguinale droite depuis deux ans. A eu trois attaques d'appendicite. Une tumeur immobile occupait la fosse iliaque droite. Le 1^{er} mai, on l'opère. A l'incision de la tumeur grosse comme un marron, on tombe dans une cavité close de toute part. Parois cicatricielles fibreuses. Contenu formé par du pus épais de la consistance du mastic, entouré par des granulations muqueuses. Evacuation de la poche. Lavage et pansement antiseptiques. On place un drain au fond. La plaie reste longtemps ouverte et ne guérit définitivement que dans le courant de l'hiver. (*New-York M. J.*, 7 juillet 1890.)

OBSERV. XXII (*M. Burney*). — Emile P..., 19 ans. Douleurs abdominales généralisées depuis le 11 mai 1888. Le 20 au soir, T., 36°6; pouls, 100. Douleurs atroces avec quelques rémissions. Le lendemain, la douleur se localise dans la fosse iliaque droite. Frisson unique et intense. T., 39°4; pouls, 120. A ce moment, il y a une grande tension des muscles droits; douleur à la pression à 2 pouces en dedans de l'épine iliaque antérieure. On sent en ce point une masse résistante de 1 pouce de diamètre. L'opération est pratiquée. — Incision de 4 pouces et demi, à 2 pouces au-dessus de l'épine iliaque. Paroi abdominale œdématisée. A l'ouverture du péritoine, on tombe sur l'appendice, plus large que le pouce, brunâtre, tendu, nullement gangrené. Paroi mince comme une feuille de papier. Adhérences l'unissant à l'intestin. Point de péritonite. On le résèque. L'appendice était situé dans un diverticule du cæcum. Contenu : pus brun sale, pas de concrétion. Son canal était fermé par une constriction, toute communication avec le cæcum était impossible. Guérison. (*New-York M. J.*, décembre 1890.)

OBSERV. XXIII (*Trèves*). — Il s'agit d'un homme, 34 ans, entré le 31 octobre 1886 à l'hôpital pour typhlite. Point de troubles abdominaux antérieurs. En août 1886, première crise d'appendicite. Depuis lors, douleurs et tension dans la fosse iliaque droite ou sensation de gêne dans cette région. Quatre jours avant son entrée, douleurs nouvelles avec empâtements de la région. Prostration. On sent une tumeur globulaire, iliaque, très tendue. Abdomen distendu. Selles rares. Pas de vomissements. Opium et lavements. La douleur persiste; la tumeur reste tendue. Le 8 février, les symptômes n'ont pas disparu. Le patient est très affaibli. Laparatomie le 16. Incision verticale dans la région cæcale. Cæcum mis à nu, libre d'adhérence. Le méso-appendice épaissi tombe à angle aigu sur le tube. Portion interne de l'appendice normale. Portion terminale (en dehors de cette bride du méso) dilatée, formant une tumeur ronde de 2 centimètres de diamètre. Suture de l'orifice appendiculaire. Résection. Contenu muqueux. Guérison. (*Med. chir. Trans.*, 1888, 165.)

Lorsque le kyste est hernié, les symptômes sont les mêmes que ceux d'une hernie étranglée. L'appendice hernié peut rester un temps assez long (deux ans, vingt et un ans) réductible dans la cavité abdominale, et ne donner lieu à aucun phénomène attirant l'attention. Mais, sous l'influence d'un accroissement de volume trop considérable, il devient irréductible et s'établit dans le trajet herniaire sous la forme d'une tumeur ovoïde ou arrondie, fluctuante, parfois de consistance pâteuse, d'un volume variant de celui d'une noix à celui d'un œuf de poule. De véritables crises douloureuses peuvent se produire alors. Le plus souvent elles apparaissent sous l'influence d'irritation d'origine extérieure, pressions, coups, etc., ou intérieure : étranglement par les orifices herniaires. Le kyste peut aussi s'enflammer alors, et son état retentir sur le sac herniaire que lui constitue le péritoine. Dès lors apparaissent les signes d'une hernie étranglée : abdomen ballonné, sensible à la pression ; température subélevée, facies abdominal. La tumeur devient rouge et tendue. Elle est parfois mobile et partiellement réductible, sans pouvoir jamais franchir l'anneau interne. Elle conserve les caractères physiques que nous lui venons de décrire. Des vomissements peuvent survenir, et une constipation opiniâtre, phénomènes liés à la péritonite qui peut se généraliser. Le plus souvent les selles persistent, et c'est là le seul fait qui peut faire attribuer la tumeur à l'appendice. Le plus souvent, l'intervention seule permet d'établir un diagnostic ferme. Celle-ci d'ailleurs s'impose. Le taxis reste impuissant. L'opération chirur-

gicale seule peut triompher des résistances qu'opposent à la liberté de l'intestin les adhérences solides et nombreuses qui toujours s'établissent entre le kyste et ses enveloppes. C'est d'ailleurs l'ablation de la tumeur elle-même qu'il faut chercher ici, si l'on veut prévenir et empêcher les complications qu'entraînerait la réduction dans l'abdomen d'un kyste en voie de suppuration. Le diagnostic de ces kystes herniés devant être fait à l'occasion d'une observation particulière, nous n'y insisterons pas ici.

OBSERV. XXIV (*Richelot*). — Homme, 70 ans. Hernie droite depuis 1871. Augmentée de volume, irréductible depuis quinze jours. Prise pour une épiplocèle enflammée, adhérente, de la grosseur d'un œuf, occupant la moitié supérieure du scrotum. A l'incision, on trouve un épaissement du tissu cellulaire des bourses. Cæcum en haut. Au centre, appendice augmenté de volume, ne renfermant que du mucus. Résection. Triple surjet de catgut, prenant les tuniques intestinales. Réduction du cæcum. Oblitération du trajet herniaire. Guérison. (*Soc. de chir.*, mai 1892.)

OBSERV. XXV (*Zdekauer*). — Anna N., 18 ans. Depuis huit jours, vomissements et constipation. Douleurs abdominales, surtout dans la fosse iliaque droite. Tuméfaction inguinale droite. Actuellement (6 octobre 1889), abdomen douloureux et ballonné. Tumeur inguinale droite grosse comme une noix, dure, non fluctuante, mobile latéralement, sonore. Température, 38°3. Les lavements déterminent l'évacuation de masses muqueuses, brun sale, émission de gaz rare et difficile. L'exploration de l'utérus permet de constater sa liberté, sa mobilité, son antéflexion normale. Il n'est ni douloureux, ni dévié. Il ne s'agit donc point de l'ovaire. Opération le 15 octobre. Incision parallèle à l'arcade crurale. La tumeur mise à nu est attirée au dehors. Torsion du pédicule. Excision. Le contenu est un pus verdâtre. Le pédicule

est réintroduit dans le canal inguinal. Guérison en neuf jours.

Examen anatomique. Cavité renfermant des restes de pus épais, analogue à de la sérosité; des cellules en dégénérescence graisseuse, des leucocytes et des corpuscules granuleux. Paroi interne formée de tissu granuleux. Paroi externe, fibres musculaires lisses formant deux couches réciproquement perpendiculaires. Infiltration de corps granuleux et de cellules migratrices. (*Prager. med. Wochens.*, 1890, XV.)

La présence de fibres musculaires lisses, disposées en deux couches, permet de rattacher cette tumeur au tube intestinal. Son volume, sa forme en cul-de-sac font songer à un diverticulum de ce viscère. Sa situation dans l'aîne droite nous permet de l'attribuer enfin à l'appendice vermiculaire. Celui-ci dilaté et kystique est entré en suppuration et a déterminé les phénomènes précédents.

OBSERV. XXVI (*Kærte*). — Femme, 57 ans, entrée le 26 mai 1891 pour une tumeur inguinale droite, incarceration depuis deux jours et demi. Herniotomie immédiate. Dans le sac, une anse intestinale saine et une tumeur de la grosseur du pouce, tendue, à parois épaisses, fluctuante, adhérente au sac, terminée dans la cavité abdominale par un pédicule étroit. En tirant sur lui, on amène au jour le cæcum. Il s'agissait donc de l'appendice. Levée de l'étranglement. La sérosité ne peut être refoulée dans le cæcum. Excision. De la tumeur enlevée, il ne s'écoule pas une seule goutte de liquide. L'oblitération de la lumière était complète. Par ponction on en retire une sérosité fétide, riche en coccus et bactéries. Suites opératoires normales.

La malade raconte alors qu'elle portait depuis longtemps une tumeur herniaire qu'elle avait prise pour un ganglion. Elle avait eu ces derniers temps des crampes d'estomac et de la constipation. La tumeur aurait ensuite grossi et

serait devenue douloureuse. (*Klin. med. Berlin. Wochens.*, 1891, 677.)

OBSERV. XXVII (*Wœlffler*). — A. W..., 19 ans, entré à la clinique du professeur Billroth le 15 octobre 1876. Douleurs abdominales, tumeur inguinale droite depuis deux ans. D'abord grosse comme une noix, maintenant comme un œuf. Depuis deux jours, elle est devenue irréductible, rouge et tendue. Vomissements, nausées, constipation. Quatre ans au paravant, péritonite circonscrite au côté droit. Actuellement, tumeur inguinale droite, allongée dans la direction du canal, grosse comme un œuf, lisse, dure, sonore, douloureuse à la pression. Tentative de taxis infructueuse; la tumeur ne franchit point l'orifice interne. La herniotomie est pratiquée. On tombe sur une membrane qui ne présente point les reflets blanchâtres du sac. On la sectionne. Il s'en écoule 20 gouttes de liquide jaunâtre. On tombe sur une deuxième couche, qui semble être le vrai sac. Incision de l'anneau interne. La réduction reste impossible. Incision du prétendu sac herniaire. Issue d'un verre environ de sérosité noirâtre et aqueuse. Les parois de la poche sont épaisses; des bourrelets trabéculaires s'entrecroisent à sa face interne, comme si on avait affaire à un organe musculeux. On songe à une cystocèle. Du lait injecté dans la vessie ne sort pas par la poche. L'oblitération de la portion vésicale herniée aurait pu se produire. Un cathéter introduit dans la vessie aurait dû dans ce cas être senti dans le sac, ce qui n'arriva point. Introduite dans le sac, une sonde pénètre dans une cavité qui va dans le petit bassin jusque sur le milieu du psoas. En pressant sur la paroi abdominale, on délimite le kyste gros comme une tête d'enfant, d'où s'écoule un liquide séreux sanguinolent. Il est limité par une zone de sonorité allant jusqu'à la ligne médiane, et en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale. Cette cavité est fermée par quelques points de suture. On laisse deux drains dans la cavité.

Pendant deux jours, douleurs abdominales, vomissements bilieux. A la fin du second jour, selles abondantes, amélioration rapide. Le sac sécrète environ 50 cent. cubes de

sérosité sanguinolente par jour. Le 19 octobre, les bords de plaie s'écartent, et le 30, on retire une demi-poignée de tissus fétides, revêtement interne nécrosé de la poche. Le 25 novembre, cicatrisation complète.

L'analyse du contenu montre une sérosité jaune pâle, alcaline, avec un peu d'albumine. Point d'urine ni d'éléments biliaires. La paroi, d'une épaisseur de 4 à 7 millimètres est inégale. Elle présente à sa face interne des saillies papilliformes et des dépressions profondes. Histologiquement, la paroi comprend quatre couches. Une muqueuse grosse et épaisse est la plus interne, constituée par plusieurs couches opaques et cornées; par places, on y trouve des cellules isolées, comprimées et aplaties. Au-dessous, sont des cellules en rangées perpendiculaires à la surface, volumineuses et pourvues d'un noyau. On y trouve des cellules graisseuses. La sous-muqueuse comprend des faisceaux conjonctifs, avec des cellules lymphatiques. De nombreux vaisseaux y sont apparents, ainsi que des traces de la *mucosæ*. Le tissu conjonctif devient plus dense à mesure qu'on pénètre plus profondément. Les veines à ce niveau sont hypertrophiées. Enfin, on trouve une double couche de fibres musculaires lisses. (*Arch. f. klin. chir. von Langenbeck.*, 1877.)

De cet examen histologique, on peut conclure qu'il ne s'agit point d'une néoplasie kystique développée sur place dans le canal inguinal. Le kyste s'est formé aux dépens d'un organe possédant des fibres musculaires lisses. La vessie a été reconnue indemne par une exploration soigneuse. En outre, il existait une enveloppe entourant le kyste. Ce devait être un sac herniaire excessivement aminci par la dilatation. Les phénomènes de péritonite anté et post-opératoires établissent également la connexion du kyste et du péritoine. L'intestin seul réalise ces diverses conditions. Cependant une dilatation aussi considérable,

restée pendant deux ans sans provoquer de troubles fonctionnels, ne peut appartenir qu'à une portion intestinale d'importance secondaire. Il ne peut s'agir que d'un diverticule intestinal. Étant donnée la direction du trajet exploré par la sonde et sa situation, il s'agit certainement de l'appendice vermiforme.

Il est un dernier mode de terminaison possible pour le kyste, c'est son hyperdistension et sa rupture. On comprend combien aurait été facile cette complication, dans les cas où les parois kystiques étaient si minces, qu'elles étaient transparentes, si la survie du sujet l'eût permis. Le plus souvent des adhérences existent qui empêchent l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale. On a alors une péritonite circonscrite, avec abcès de la fosse iliaque droite. Cette complication est annoncée par une violente douleur dans la région cæcale, avec réaction inflammatoire. Il s'y développe une tuméfaction douloureuse. Les symptômes intestinaux s'établissent : constipation, vomissements, nausées, facies grippé. Bientôt même l'état devient chronique, et l'on peut voir se former des trajets fistuleux dans les parois abdominales. Mais si les adhérences font défaut, l'épanchement se fera dans le péritoine, et déterminera une péritonite avec tous ses symptômes habituels.

OBSERV. XXVIII (*Kærte*). — A. M., 35 ans, couturière, a été amputée pour fracture de cuisse gauche en 1890. Le 11 mars 1891, elle est prise brusquement de frissons et de fièvre. Tuméfaction considérable dans la région de l'appendice. Douleurs extrêmement vives à ce niveau. L'administration de purgatifs détermine la production de nouvelles

attaques. L'état reste stationnaire avec des rémissions jusqu'au 27 avril, où l'opération fut pratiquée. Incision sur le bord externe du muscle droit. On tombe sur le cæcum. L'appendice gros comme le pouce était réuni à lui par des adhérences. On y trouve deux perforations grosses comme une pointe de sonde. Il s'écoule une cuillerée de pus. Section de l'appendice à sa base, après suture. La suture enlevée, on s'aperçoit que l'orifice appendiculaire est oblitéré. Guérison complète en quinze jours. L'appendice enlevé présentait deux perforations. A 1 centimètre environ du point où la section a porté, la lumière était oblitérée ; on ne pouvait y faire passer la sonde la plus fine. Il s'agissait donc là d'un véritable empyème de l'appendice vermiculaire. (*Klin. Med. Berlin. Woschens.* 1891.)

OBSERV. XXIX (*Gerster*). — M^{me} E. T., 32 ans, opérée pour abcès pérityphlique à la fin de l'été de 1887. Guérison quatre semaines après. Évacuation nouvelle de pus, quatre semaines après avec symptômes de rétention, qui persistèrent jusqu'au 13 janvier 1889. Au 1^{er} mars 1890, recrudescence du mal. Gonflement dans la fosse iliaque et au pourtour de l'ancienne plaie. L'opération fut pratiquée le 11 mars 1890. Incision du conduit qui avait logé le drain. L'appendice était au fond. Examinée soigneusement, sa paroi parut être fermement et complètement fermée. Pas de trace de communication avec l'intestin. Deux trajets fistuleux en partaient, se dirigeant l'un vers l'ombilic, l'autre vers la crête iliaque, entre les muscles et le péritoine. Celui-ci était ouvert en deux points, mais ne présentait aucune tumeur. (*New-York. M. J.*, j. 1890.)

OBSERV. XXX (*Bodart*, Paris 1844). — Homme rentré à la Pitié pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. Le palper exaspère cette douleur et fait reconnaître profondément une tumeur volumineuse. Déjà quelques jours avant son entrée, il avait eu de violentes coliques. Pouls à 100. Peau chaude. Anorexie. Les douleurs s'exaspèrent. Des vomissements porracés très abondants se produisent. Le pouls atteint 130 à la minute et la mort survient. A l'autopsie, on

trouve une péritonite intense avec adhérences des anses intestinales entre elles. Du pus existe entre les circonvolutions. On enlève le cæcum avec l'intestin grêle et l'on entraîne une tumeur où adhère l'épiploon. Elle laisse échapper un peu de pus par une perforation qu'elle présente à son extrémité interne. Longueur, 6 centimètres ; largeur, 4 centimètres. Forme ovoïde. Elle est remplie de pus. Surface interne rouge pourpre, fongueuse. Elle est constituée par l'appendice dilaté. Son orifice cæcal, de 1 centimètre de diamètre, est bouché par une boule de même dimension, jaunâtre, formée par des matières fécales durcies.

Tout ce que je viens de dire des kystes simples s'applique aux kystes hydatiques. Nous nous contentons de signaler les deux seuls faits de localisation d'hydatides dans l'appendice qui soient publiés. Il a été observé par Scholler (*Preuss. milit. Zeitsch.*, 1862) un kyste hydatique de l'appendice sur un sujet atteint de kystes hydatiques du foie. Le second fait a été observé par Birch-Hirschfeld.

OBSERV. XXXI (*Birch-Hirschfeld*). — Homme, 38 ans. Appendice dilaté, 3 cent. 5 de long, 2 pouces de large. Il renfermait une grande quantité de vésicules rondes, transparentes, grosses comme une tête d'épingle ou un pois, unies entre elles par une substance muqueuse. Au fond, résidu de membrane visqueux et plissé. L'appendice était oblitéré au-dessous de son orifice sur une longueur de 1/2 centimètre. Paroi du kyste amincie, avec des empreintes en mosaïques, base d'implantation des vésicules. Au microscope, on trouve la structure ordinaire des kystes hydatiques. Vésicules la plupart stériles. Dans la substance unissante, étaient des cristaux de cholestérine ainsi que des crochets isolés. (*Arch. der Heilkunde von Wunderlich*, 1870.)

C. — LIPOMES.

Les lipomes de l'intestin sont assez rares. On comprend que la localisation à l'appendice soit peu fréquente. Un cas cependant a été observé dans le service de M. le professeur Poncet. Nous en rapportons l'histoire.

Il existe dans le tissu cellulaire sous-muqueux de l'appendice des cellules adipeuses en quantité variable. Elles sont le point de départ de la dégénérescence lipomateuse de ce tissu. Sous l'influence d'une irritation — présence d'un calcul stercoral — les cellules épithéliales elles-mêmes peuvent dégénérer. Les unes revêtent le type vitreux et albuminoïde; elles sont résorbées et disparaissent. Les autres deviennent grasseuses et s'unissent aux cellules adipeuses primitives. Celles-ci d'ailleurs prolifèrent, remplissent les espaces laissés par les travées connectives, qui constituent la charpente de la tumeur. L'anatomie pathologique en est semblable à celle des lipomes sous-muqueux intestinaux. Voici d'ailleurs l'examen histologique de notre observation, pratiqué par M. le professeur agrégé Bard.

La tumeur se composait de deux portions : 1° *poche et tumeur*. On constate une paroi épaisse, renfermant des éléments musculaires ne formant pas une couche continue. En dedans est une couche de 1 cent. 5 d'épaisseur, constituée par du tissu cellulo-adipeux nettement lobulé par des travées connectives. Point

de tunique muqueuse; 2° *pédicule*. Masse celluloadipeuse cloisonnée par une charpente conjonctive et limitée en dehors par une paroi conjonctive renfermant des éléments musculaires discontinus.

Ces tumeurs essentiellement bénignes ne donnent lieu à aucun symptôme grave. Seule l'intervention en peut faire voir la présence. Cependant, sa situation superficielle a permis de constater dans la hernie l'existence d'un corps dur, du volume d'une noix, indolore, paraissant faire corps avec le contenu herniaire. Une tumeur semblable aurait pu se développer dans la cavité abdominale et prendre un grand accroissement. On sait en effet combien rapide et considérable est, dans certains cas, l'expansion des lipomes. Peut-être alors pourrait-elle produire de la gêne, de la douleur dans la fosse iliaque, et même des phénomènes de compression ou d'obstruction intestinales. Elle pourrait toujours en pareil cas être révélée par la palpation.

L'intervention dans le traitement de ces tumeurs est justifiée par la possibilité pour elles de subir une transformation inflammatoire ou maligne. Intervention bénigne d'ailleurs.

OBSERV. XXXII (*G. Nové-Josserand*, interne des hôpitaux de Lyon, janvier 1892). — X..., 64 ans. Rien dans ses antécédents rappelant une colique appendiculaire. Depuis dix-huit ans, hernie gauche incomplètement réductible, mais permettant le port d'un bandage. Il y a un mois, chute sur le côté droit. Augmentation de volume de la hernie. Depuis trois jours, irréductibilité complète sans efforts. Taxis impuissant. Constipation incomplète. Quelques vomissements bilieux. Il entre dans le service de M. le professeur Poncet.

Hernie inguinale gauche grosse comme les deux poings, sonore, molle, non tendue, indolore. Pas d'expansion pendant la toux, irréductibilité. Autour du pédicule on sent un corps dur, gros comme une noix, indolore, faisant corps avec le contenu herniaire. La kélotomie est pratiquée par M. le professeur Poncet. On trouve dans le sac herniaire, le cæcum, une portion du côlon ascendant et de l'iléon, auxquels un corps dur, gros comme une noix, suspendu par un pédicule de 20 centimètres, au cul-de-sac cæcal. C'est l'appendice vermiculaire. On le résèque. Cure radicale de la hernie. Suites opératoires normales. Les vomissements cessent; les selles se rétablissent.

La tumeur enlevée est lisse, dure, arrondie. Le pédicule est cylindrique, de consistance fibreuse, d'un tissu blanc grisâtre, homogène. Lumière de l'appendice visible en son centre. La tumeur présente une poche grande comme une amande, remplie d'une substance molle, à caractères stercoraux. Paroi saine sur la moitié supérieure, épaissie de 1 cent. 5 à la partie opposée au pédicule. Elle est constituée par du tissu fibrillaire blanchâtre. Il s'agit d'un véritable kyste stercoral et d'une transformation lipomateuse diffuse du tissu sous-muqueux de l'appendice (*Lyon médical*, 1891).

D. — FIBRO-MYOMES.

Ces fibromes, dont je n'ai point trouvé d'autre observation, résultent d'un bourgeonnement exubérant du tissu musculaire lisse qui constitue la troisième couche des parois appendiculaires. Multiples, pédiculées ou sessiles, ces tumeurs font, dans le cas que je rapporte, saillie du côté de la muqueuse. Elles pourraient aussi proéminer du côté de la séreuse et devenir sous-péritonéales. Ces bourgeons peuvent siéger près de l'orifice appendiculaire. Leur développement pourrait les rendre assez volumineux pour

l'obturer et déterminer un kyste appendiculaire par rétention mécanique.

Ces polypes sont constitués par des faisceaux musculaires et du tissu fibreux. Masses assez bien limitées, d'un aspect charnu, ils sont parfois durs et fibreux. Les cellules musculaires qui les constituent offrent des caractères normaux. Elles ont un groupement irrégulier. Elles s'entrecroisent en divers sens, s'emmêlent à du tissu fibreux, au sein duquel on peut voir cheminer des vaisseaux. Signalons leur transformation possible en tissu érectile, leur dégénérescence calcaire ou graisseuse, ou encore muqueuse.

OBSERV. XXXIII (*inédite et personnelle*). — Femme, 53 ans. L'appendice, de 12 centimètres de long, renferme plusieurs nodosités, quelques-unes mobiles sous le doigt. A la section nous trouvons trois tumeurs faisant saillie sous la muqueuse. L'une siège près de l'orifice, pédiculée. Les autres sont sessiles. La première, de la grosseur d'une tête d'épingle, a un pédicule court de 3 millimètres environ. Les deux autres ont la forme et les dimensions respectives d'un pois et d'une lentille. Elles sont toutes trois molles et charnues. A la coupe, on trouve un tissu formé par des fibres musculaires disposées en faisceaux, coupées en long ou en travers. Entre ces faisceaux est du tissu conjonctif. Au-dessus est la muqueuse intacte. Elles s'implantent sur la couche musculieuse. Point de modification pathologique autre dans la lumière appendiculaire, qui est restée perméable.

IV

Tumeurs malignes.

On trouve dans l'appendice vermiculaire des lymphadénomes, des carcinomes et des épithéliomas. Des premiers, je ne ferai que citer la présence. Les deux observations que j'en ai trouvées (Rendu et Picot *in* thèse de Demange, Paris, 1877) ne sont nullement concluantes. Il s'agit de lymphadénie intestinale, avec grosses tumeurs cæco-appendiculaires, et les symptômes qui y sont signalés sont ceux de la lymphadénie de l'intestin.

Les tumeurs épithéliales peuvent résulter de la transformation maligne d'un adénome. Ce sont alors des tumeurs analogues à des papillomes destructeurs muqueux. Ils proviennent des cellules glandulaires de l'organe et finissent par prendre l'aspect d'un cancer cellulaire pur. Lorsque l'adénome subit cette évolution maligne, au lieu de rester limité, il prend une extension énorme, pénètre plus profondément ou chemine vers l'extérieur. Il dépasse les limites de la muqueuse, s'ulcère et se comporte alors comme l'épithélioma. Il se généralise avec une extrême rapidité.

Ce sont surtout les adénomes à base large qui présentent cette évolution (obs. XXXVII et XXXVIII).

Le carcinome se rencontre le plus souvent dans l'appendice sous la forme colloïde. L'organe est alors dilaté en une poche close de toute part. Le contenu de cette poche est cloisonné par la charpente connective caractéristique du carcinome colloïde. On y trouve une substance gélatineuse, traversée par des travées pigmentées, d'un brun noirâtre. Son aspect aréolaire fait penser qu'il s'agit de dégénérescences limitées d'abord à un groupe de glandes appendiculaires, et de proche en proche généralisées. Cette substance gélatineuse est légèrement opaque, granuleuse, d'un blanc jaunâtre. Elle paraît d'abord être sans structure; mais un examen attentif permet d'y déceler des zones concentriques de substance gélatineuse. On y trouve des noyaux fibreux oblongs, des cellules isolées, et enfin tous les éléments qu'on rencontre dans les cancers alvéolaires. Le volume de ces tumeurs peut être très considérable, et atteindre celui d'une orange. On comprend que leur ulcération possible puisse déterminer les accidents que nous avons signalés au sujet des épithéliomas.

OBSERV. XXXIV, XXXV, XXXVI (*Rokitansky*). — Trois pièces présentées par lui à la Société de médecine :

I. — Dilatation énorme de l'appendice entier, sacciforme. Longueur, 4 pouces; largeur, 2 pouces. Orifice cæcal obli-téré. Muqueuse, musculieuse, sereuse, réunies en une membrane fibreuse unique, qu'il est impossible de dissocier. Sur la face interne, aspect aréolaire, traces d'un certain degré de cloisonnement. En d'autres points, à l'intérieur de la poche, sont des culs-de-sac déchirés et en lambeaux. La

partie supérieure de l'appendice est feuilletée. Paroi interne continuant la paroi interne du cæcum immédiatement. Elle forme une poche qui fait hernie dans le côlon ascendant. Le contenu de la dilatation est constitué par une substance assez semblable à du frai de grenouille, jaune pâle, et par des raies de substance brun noirâtre.

II et III. — Transformation partielle de l'appendice. Portion interne normale et communiquant par un petit orifice avec le cæcum. Segment externe transformé en une tumeur analogue à la précédente. Cloisonnement réticulé, aspect aréolaire, masse gélatineuse traversée par des raies pigmentées. (*Wien. Med. Press*, 1866.)

Ces trois faits nous prouvent que la dégénérescence cancéreuse peut atteindre partie ou totalité de l'organe. Dans ce dernier cas, elle peut même envahir les portions voisines du gros intestin.

OSERV. XXXVII (*Bierhoff*). — Femme, 78 ans, aliénée. Appendice normal et perméable sur une longueur de 3 cent. Puis vient un noyau cancéreux, dur, gros comme une noix, donnant un suc laiteux épais. Canal anguleux et courbé, très comprimé. Produits sécrétés accumulés à la partie terminale. Il en résulte une dilatation kystique dure et tendue de 2 centimètres de long sur 1 cent. 8 de large, renfermant un liquide gris sale, muqueux et colloïde. (*Arch. f. Klin. Chir. de Langenbeck*, 1880.)

L'étude clinique de ces tumeurs est la même, qu'il s'agisse d'épithéliomas ou de carcinomes. Au début, comme symptômes prémonitoires : des alternatives de diarrhée et de constipation ; dans certains cas seulement les vomissements sont inconstants. Ils sont alimentaires, se répètent à intervalles assez éloignés et sont précédés de douleurs rétro et infra-ombilicales. La diarrhée s'établit d'une façon définitive à la période

terminale de l'affection, et contribue à produire l'affaiblissement et la cachexie. Ces phénomènes, ainsi que la douleur dans la fosse iliaque droite, sont dus à l'action mécanique exercée par la tumeur au niveau du cæcum et de l'iléon, et à son action irritative. La présence d'une tumeur dans la fosse iliaque peut être révélée par la palpation. Tumeur indépendante du rein, mobile le plus souvent et s'insérant dans la région cæcale, plus ou moins facile à délimiter suivant qu'elle plonge plus ou moins profondément dans la fosse iliaque, inaccessible si elle vient se loger dans le bassin.

Plus tard l'ulcération détermine la production d'une fistule néoplasique à bords bourgeonnants, ouverte à la paroi adominale. Le siège de son orifice cutané, l'exploration de son trajet permettent aussi de penser à une tumeur appendiculaire. Cette ouverture en effet est située au niveau de la partie supérieure du pli inguinal droit ou vers le milieu de la fosse iliaque. Le trajet conduit au niveau du psoas, dans la région cæcale. Il s'en écoule du pus mélangé à des gaz fétides et parfois à des matières fécales, ce qui permet dès lors d'incriminer l'intestin. La persistance de selles normales ou du moins faciles feront songer à un organe d'importance secondaire, prenant naissance au niveau du cæcum. Seul l'appendice réunit ces différentes conditions.

L'intervention est imposée par la malignité de la tumeur, son évolution rapide et la facilité avec laquelle elle passe à la généralisation ulcéreuse. Plus la tumeur sera nettement circonscrite, plus aussi l'opéra-

tion aura de chances de réussite. Cela revient à dire qu'elle devra être hâtive. Sur les trois cas que nous avons réunis, une fois rien n'a été tenté : le malade a succombé trois mois après le début des premiers symptômes. Dans les deux autres, la laparotomie a été pratiquée, et si les malades n'ont pas retiré grand bénéfice de cette intervention, c'est que la tumeur, trop volumineuse déjà, avait gagné les parois cæcales et même plus loin. Si l'intervention eût été pratiquée plus tôt, alors que l'appendice était seul malade, nul doute qu'il y eût de nombreuses chances de survie et de guérison complète. Les laparatomies pratiquées pour des pérityphlites ne donnent-elles point une preuve par leurs succès de l'innocuité de semblables interventions ?

OBSERV. XXXVIII (*Kolaczek*). — Homme, 31 ans, entre à la clinique de Breslau pour un ulcère de mauvaise nature de la région lombaire droite. Au fond de la plaie, on reconnaît l'os iliaque dénudé. Tumeur volumineuse dans la fosse iliaque droite. Écoulement de pus. Le débridement du trajet fistuleux y fait voir des bourgeons charnus néoplasiques. Mort quelques mois après. A l'autopsie, appendice détruit par une tumeur qui a envahi les parois du cæcum et les a transformées en une masse bourgeonnante et rougeâtre. Tissu cellulaire et psoas envahis. Histologiquement, elle renferme des culs-de-sac glandulaires identiques aux glandes de Lieberkühn, très multipliés et par places en voie de régression. (*Rev. des sc. méd.*, 1873.)

OBSERV. XXXIX (*Draper*). — Homme, 65 ans. Depuis trois mois, alternatives de diarrhée et de constipation. Trois semaines avant la mort, vomissements précédés de douleurs infra-ombilicales. Douleur légère à la pression sur le trajet du côlon transverse. Selles diarrhéiques verdâtres. Fai-

blesse et maigreux extêmes. Examen physique sans résultat. Quelques jours avant la mort, hoquet opiniâtre avec vomissements. A l'autopsie on trouve l'iléon distendu; la muqueuse du cæcum et de côlon épaissie, rouge non ulcérée. Tête de l'appendice vermiculaire distendue et élargie, de la grosseur d'une énorme prune, saillante dans le cæcum, à surface interne irrégulière et injectée. La paroi a les caractères du cancer colloïde. A l'extrémité libre, noyau stercoral. (Soc. pour l'avanc. des sc. méd., Boston, 1884.)

OBSERV. XL (*Berger*). — Homme, 47 ans. Depuis trois et demi, tumeur inguinale droite, qui est devenue le siège de violentes douleurs et a augmenté de volume. En juillet 1879, évacuation d'un litre de pus. La plaie persiste et se couvre de bourgeons charnus. Selles régulières. Issue de gaz et de matières fécales par la fistule. Entrée dans la clinique du professeur Thiersch le 30 mai 1892.

Amaigrissement prononcé. En haut du pli inguinal droit est une tumeur grosse comme le poing, ulcérée, irrégulière. Bords de plusieurs centimètres de hauteur. Centre en cratère. Surface ulcéreuse mi-veloutée, mi-grenue. La tumeur suit les mouvements des parois abdominales et les pulsations de l'artère iliaque. Au voisinage, la peau présente des cicatrices, des ulcérations, des fistules. Il s'en écoule un liquide séreux clair. La pointe d'une sonde introduite dans le trajet rétréci est sentie par la main placée sur la paroi abdominale, au-dessous de cette dernière. Ganglions envahis. L'examen d'une parcelle de tumeur y décèle des conduits glandulaires avec des cavités irrégulières tapissées par des cellules caliciformes. Stroma conjonctif avec des cellules rondes. Il s'agit donc d'un adéno-carcinome intestinal. Comme il n'y avait point de signes intestinaux, on a songé à une portion non touchée par les ingesta, l'appendice cæcal. Le siège de la tumeur correspond d'ailleurs à la situation de cet organe.

Opération le 18 juillet. On circonscrit la tumeur à 1 ou 2 centimètres du bord perceptible. On la sépare du péritoine. Dans le cæcum, est une tumeur grosse comme une noix correspondant à l'orifice appendiculaire. Résection de

celui-ci. Ablation de la tumeur des parois abdominales et des ganglions. Résection de la paroi cæcale envahie. Le malade meurt le 19 juillet.

Les pièces présentent un appendice long de 6 centimètres, épais comme le doigt, extrémité libre augmentée de volume. La muqueuse semble une paroi d'abcès, et présente quelques éléments néoplasiques; il faut donc admettre l'inflammation et la suppuration de la tumeur. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1892).

Enfin, la tumeur maligne peut être le siège d'un processus ulcéreux. Dans ce cas, il se produit une perforation appendiculaire faisant communiquer la cavité intestinale avec la cavité péritonéale. Il en résulte un épanchement de matières fécales dans le péritoine et une péritonite analogue à celle que l'on peut avoir par la rupture d'un kyste.

OBSERV. XLI (*Merling*). — A l'autopsie d'un malade, on trouve les parois de l'appendice gris brun, squirrheuses comme formées de petites tumeurs dures. Tout près du cæcum, l'appendice présente une ouverture de la grosseur d'un pois, à bords inégaux. Il y avait de la péritonite avec du liquide renfermant des matières intestinales. (*Journ. de l'expérience*, 1838.)

Les symptômes qui peuvent faire diagnostiquer la production de cette péritonite sont bien décrits dans l'observation suivante :

OBSERV. XLII (*Prus*, in thèse de Croizet, Paris, 1865). — Femme, 75 ans. Ne paraissait pas trop souffrante quand elle fut prise de vomissements bilieux qu'on réussit à calmer. Pas de douleurs de ventre; pas de météorisme. Bientôt le facies s'altère; les yeux s'enfoncent; les pommettes deviennent saillantes, les extrémités froides et cyanosées.

Vomissements fréquents, crampes douloureuses, selles liquides abondantes; suppression des urines. Le pouls devient misérable, l'affaiblissement extrême et la mort survient. A l'autopsie, on trouve une péritonite. La cavité péritonéale communique avec celle de l'appendice par une large ulcération. La muqueuse et la musculature appendiculaires sont épaissies. Surface interne violacée. Du fond de l'ulcération naît une tumeur grosse comme une amande, molle, sessile. Incisée, elle laisse voir dans son épaisseur quelques traces de sang. Point de traces de corps étranger.

V

Diagnostic et traitement.

Analysons maintenant les principaux symptômes présentés par un sujet atteint de tumeur appendiculaire, et voyons leur valeur respective au point de vue du diagnostic.

Les signes physiques sont les plus importants. Par une palpation plus ou moins profonde, on peut constater dans la fosse iliaque droite l'existence d'une tumeur et se renseigner sur ses caractères. Sans être tout à fait superficielle, elle sera accessible le plus souvent à travers la paroi abdominale. Sa forme arrondie ou ovoïde, pédiculée; sa direction latérale ou obliquement descendante permettront, quand elles seront assez nettement perçues, de songer au seul organe de la région qui peut donner ces sensations, l'appendice. Le volume, très variable, n'offre rien de caractéristique. Cependant, lorsqu'au début de l'affection il n'a encore atteint que de faibles dimensions (noix, amande), il peut servir à éliminer les tumeurs d'origine rénale, hépatique, etc., et même celles du

reste du tube intestinal, qui offrent un volume toujours plus considérable.

La mobilité est un caractère plus important, elle est toute relative et présuppose l'absence d'adhérences péritonales. La tumeur appendiculaire est mobile, et cela permet de ne point la rapporter aux organes absolument fixes : foie, rein, psoas, cæcum, etc. Mais elle n'est mobile que par sa portion terminale, et les mouvements qu'on peut lui imprimer sont très limités. De plus, elle ne se déplace point spontanément. Ces deux caractères permettent de les séparer des néoplasmes de l'iléon, qui sont, eux, d'une mobilité extrême, et cela même spontanément.

Le palper nous renseignera aussi sur la consistance de la tumeur, caractère important au point de vue du diagnostic de la nature même des lésions. Cette consistance est parfois pathognomonique, comme pour les tumeurs stercorales. Celles-ci sont dures et crétaées. Les kystes fournissent une sensation de rénitence élastique, ou de fluctuation. La palpation des tumeurs malignes donnera le plus souvent la notion de corps irréguliers et un peu durs. Cependant, il nous semble difficile de différencier un cancer colloïde, tel que nous l'avons décrit, d'un kyste simple, d'après les seules données que fournit l'exploration manuelle.

Parfois les signes physiques font défaut et la tumeur est inaccessible, se cachant dans le petit bassin. Le toucher rectal et vaginal doit être pratiqué dans ces cas. Il pourrait permettre de sentir un néoplasme indépendant soit des ovaires ou des annexes

chez la femme, soit du rectum chez l'homme. Enfin, l'épaisseur exagérée de la paroi abdominale, sa sensibilité extrême peuvent rendre tout examen inutile ou impossible. Dans ces conditions, on pourra encore établir un diagnostic assez probable et même assez certain, en l'étayant sur les troubles fonctionnels.

Un de ces signes physiologiques constants, c'est la douleur. Elle se présente sous deux aspects. Spontanée, elle est caractéristique. Elle naît dans la fosse iliaque droite, pongitive ou lancinante; parfois, simple sensation de gêne ou de pesanteur. De là, elle s'irradie bientôt le long du trajet des côlons ascendant et transverse; sous forme d'exaspérations et de crises. C'est là une colique appendiculaire, mais toujours d'intensité moindre, quand il s'agit de tumeur, que lorsqu'on a affaire à une inflammation aiguë. Seuls les kystes suppurés peuvent donner lieu à des crises très violentes. La douleur à la pression existe surtout dans les tumeurs malignes. Dans tous les cas, le point de départ de ce phénomène, le siège précis de son maximum d'intensité : la fosse iliaque droite, permettent de diagnostiquer une affection appendiculaire. Bien rarement ce symptôme fait défaut. On le trouve soit à l'examen de l'état actuel, soit dans les commémoratifs.

Il est le plus souvent accompagné de troubles digestifs, d'importance moindre, parce qu'ils sont plus inconstants. On voit se produire des nausées, des vomissements bilieux, parfois fécaloïdes, de la diarrhée, presque jamais de mélena. La constipation, quand elle se produit (obstruction par compression),

n'est jamais complète. Lorsque l'on a constaté l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, et qu'on la rattache au tube intestinal, la persistance de selles normales et régulières permet d'affirmer que l'appendice est atteint. Seule, cette portion de l'intestin peut subir la dégénérescence néoplasique sans retentir sur les fonctions intestinales et sans les troubler. L'inconstance de ces symptômes s'explique par leur origine réflexe. Que la tumeur évolue sans grande irritation, et ils feront défaut. Qu'elle provoque aux alentours une réaction inflammatoire, et tous les phénomènes gastro-intestinaux dont nous venons de parler s'établiront aussitôt.

L'ensemble de ces signes, physiques et fonctionnels, renseigne sur l'existence d'une tumeur appendiculaire. La marche de la maladie nous en dira la nature. Évolution lente, troubles profonds et progressifs de la santé générale, retentissement insidieux sur les fonctions d'assimilation et d'absorption, en un mot, l'ensemble des signes caractéristiques du processus néoplasique, permettront de différencier la tumeur maligne de l'appendicite aiguë à phénomènes réactionnels intenses. Seuls les kystes enflammés seront et doivent être confondus avec elle, si l'on n'appuie le diagnostic sur une étude précise des anamnestiques.

Nous nous sommes occupé, à propos des cas spéciaux, du diagnostic de chaque groupe de tumeurs et des indications opératoires qu'il fournit. Nous terminerons donc en indiquant brièvement les méthodes opératoires, qui ne diffèrent en rien d'ailleurs

de celles qu'on emploie dans le traitement de l'appendicite.

D'une façon générale, et lorsque la tumeur est accessible à travers la paroi abdominale, on peut faire porter l'incision sur la région où on la constate; et faire une laparotomie à ce niveau.

Les procédés employés dans l'appendicite sont assez nombreux. Nous n'en énumérerons que les trois principaux. Et d'abord la laparotomie médiane que nous nous contentons de citer. Cette méthode doit être réservée pour des cas exceptionnels: tumeurs excessivement volumineuses, et l'on doit donner la préférence à l'incision de Roux.

2° L'incision de Roux (de Lausanne) est parallèle au ligament de Poupart, parties égales en dedans et en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle est située à 1 cent. 5 ou 2 centimètres au-dessus de cette dernière. Roux n'hésite pas à lui donner une longueur de 15 à 18 centimètres. Une fois la peau, les muscles, le fascia incisés, on ouvre le péritoine. On attire la tumeur au dehors, et on la résèque après avoir suturé l'extrémité adhérente de l'appendice. Les mêmes précautions doivent être prises dans ces divers temps opératoires que pour toute laparotomie. La tumeur enlevée, on se comporte, pour fermer la plaie et pour le pansement consécutif, comme dans toute opération intéressant le péritoine.

Ce mode opératoire présente l'avantage de pouvoir aborder directement la région cæcale, c'est-à-dire de tomber sur la tumeur à enlever. Elle est conforme à

ce précepte que nous avons souvent entendu formuler par M. le professeur Poncet : L'incision est commandée par le siège de la tumeur à enlever. Elle doit être faite au niveau de celle-ci, et de façon à donner à l'opérateur le plus de jour possible, et le plus de liberté dans l'exécution des divers temps opératoires.

3° Reclus a modifié cette incision. Il la fait commencer environ au milieu du ligament de Fallope, à un travers de doigt au-dessus de lui. Arrivée à l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'incision remonte au-dessus de cette saillie, à une distance à peu près égale à la longueur de la première portion.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs bénignes de l'appendice vermiculaire sont des tumeurs stercorales à évolution chronique, avec retentissement sur l'état général; des kystes par rétention (rétrécissement cicatriciel ou oblitération mécanique), séreux ou muqueux; des lipomes et des fibromes. Elles peuvent évoluer sans donner lieu à des symptômes cliniques appréciables, et n'être révélées que par l'autopsie. Les tumeurs stercorales peuvent produire des troubles graves de l'état général et amener même la cachexie. Les kystes peuvent s'enflammer, suppurer, se rompre et se hernier. Ils présentent alors des phénomènes réactionnels intenses, et sont le point de départ de péritonites généralisées ou localisées.

II. — Les tumeurs malignes (adénomes, carcinomes) offrent les signes généraux des cancers intestinaux : troubles digestifs graves, constipation ou diarrhée, vomissements ou nausées; et les troubles particuliers aux lésions de l'appendice : crises douloureuses sous forme de coliques, signes physiques spéciaux aux tumeurs de cet organe.

III. — Le diagnostic doit être établi d'après les commémoratifs : appendicite ou colique appendiculaire antérieure ; les symptômes généraux : cachexie, teinte terreuse ; les troubles gastriques. Ce sont là des signes d'une tumeur intestinale. La douleur dans la fosse iliaque droite ; la constatation, par la palpation, d'une tumeur à ce niveau ; la mobilité incomplète de celle-ci ; la présence d'un pédicule, permettent de la rattacher à l'appendice.

IV. — Ces tumeurs relèvent, au point de vue thérapeutique, de l'extirpation par la laparotomie iliaque. L'intervention doit être hâtive, afin de prévenir l'envahissement des organes voisins par le néoplasme et les complications graves dont il pourrait devenir le siège. L'incision de choix est celle que préconise le professeur Roux (de Lausanne) dans le traitement de l'appendicite.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.
